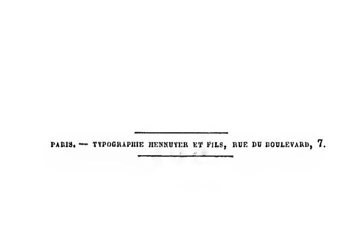
BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

# BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

## MÉDICALE ET CHIRURGICALE

### RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ


PAR LE DOCTEUR DEBOUT

Chevalier de la Légion d'honneur,
Ex-président de la Société de médecine et membre de la Société de chirurgie,
Médecin honoraire des dispensaires,
Correspondant des Académies royales de médecine de Belgique et de Turin,
de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier,
des Sociétés de médecine de Lyon, Bordeaux, Strasbourg, etc.,
Rédacteur en chef.


TOME SOIXANTE-CINQUIÈME.




PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1863

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### De l'ozène et de son traitement.

Par M. le professeur Trousseau.

L'horrible fétidité de l'haleine qui constitue ce qu'on a appelé la punaisie, est une infirmité si odieuse et malheureusement si commune, que le médecin doit, dès ses premiers pas dans la carrière, connaître et les causes de cette maladie et les moyens d'y remédier.

Tout d'abord, il importe de ne pas confondre la punaisie qui procède des fosses nasales avec la fétidité de l'haleine causée par quelque affection de la bouche ou de la gorge. Chez les personnes qui ont eu de fréquentes angines phlegmoneuses, il reste souvent des fistules sous-muqueuses qui laissent sécréter un pus fétide et où s'accumulent quelques-uns de ces produits sébacés que l'on aperçoit si souvent dans les lacunes des amygdales, et qui sont rendus sous forme de petites concrétions blanchâtres, caséiformes, qui, écrasées, ont une puanteur insupportable. Je n'ai pas besoin de rappeler ce qui arrive dans les affections cancéreuses du pharynx, du larynx ou de la partie supérieure de l'œsophage.

Chez les personnes dont l'haleine est le plus pure, lorsque pendant la nuit les sécrétions normales de la membrane muqueuse buccale se sont accumulées sur la langue ou sur les dents, ces sécrétions ont une odeur désagréable ; mais s'il existe un état fluxionnaire des gencives ou de la bouche, cette sécrétion devient plus abondante, plus fétide, et si des soins de toilette n'interviennent, cet état persiste jusqu'au moment où le repas entraîne et fait disparaître cette sécrétion. Mais si l'on a des dents cariées, la suppuration qui se fait au centre de la carie, celle qui s'établit autour de la dent malade

amènent souvent une fétidité qui ne peut entièrement disparaître, quelque soin que l'on puisse avoir de sa bouche.

Je ferai observer toutefois que certaines personnes ont des sécrétions naturellement fétides, contre lesquelles ne peut prévaloir la propreté la plus rigoureuse. Je n'ai pas besoin de rappeler ce qui se passe pour les pieds, les oreilles, les aisselles, etc., etc.

Ce que je viens de dire suffira, je le pense, pour vous faire éviter une confusion regrettable; et, s'il faut prendre garde de ne pas confondre la fétidité de l'haleine qui provient d'une affection de la gorge ou de la bouche, avec celle dont le point de départ est dans les fosses nasales, d'autre part il convient de ne pas commettre l'erreur contraire. Or, cette erreur n'est pas toujours facilement évitée. Le moyen diagnostique le plus simple est de recommander au malade de fermer alternativement le nez ou la bouche quand il expire, il est alors facile de reconnaître la source de la fétidité. Cependant il est des circonstances où ce moyen lui-même est infidèle, parce que les sécrétions viciées des fosses nasales tombent dans le pharynx et communiquent leur mauvaise odeur à l'air qui traverse cette cavité.

D'un autre côté, le médecin qui a vu souvent des malades atteints d'ozène ne se trompe guère sur la source du mal, sans qu'il lui soit nécessaire de prendre les précautions que je viens d'indiquer. La fétidité de la punaisie est toute spéciale, et spéciale à un point qu'il est presque impossible de la méconnaître. Toutefois je dois ajouter que cette puanteur spécifique appartient surtout à la punaisie que l'on a appelée constitutionnelle, et qui se lie plus particulièrement à la diathèse scrofuleuse ou herpétique.

Les gens atteints de punaisie ont cet heureux privilége de ne pas se sentir eux-mêmes, si ce n'est dans quelques rares exceptions, et alors, par exemple, que le sinus maxillaire est seul malade. En effet, la même maladie de la membrane muqueuse qui produit l'ozène éteint l'odorat. Il en résulte que ces malades sont souvent pour autrui un fléau d'autant plus affreux qu'ils n'ont pas conscience de leur infirmité, et que ceux qui les entourent dissimulent quelquefois, par politesse ou par pitié, le dégoût qu'ils leur inspirent

Insensible à l'action des bonnes ou des mauvaises odeurs, le punais perd en même temps le goût, ou, pour mieux dire, cette portion du goût qui est liée à l'odorat.

Je n'ai pas besoin de rappeler ici ce qu'on trouve dans tous les livres de physiologie, à savoir que certaines saveurs sont perçues sans l'intervention de l'odorat, que d'autres, au contraire, et ce sont

les plus nombreuses, ne le sont pas, ou ne le sont qu'incomplétement, si, par exemple, on tient les narines fermées ou si l'odorat est perdu. En mettant dans un verre du jus de citron, dans un autre de l'eau aiguisée d'acide acétique, sulfurique, chlorhydrique, etc., il est impossible, si l'on tient les narines fermées, de distinguer le goût du jus de citron de celui des autres liquides acidulés.

Toutes les sécrétions qui sont en contact avec l'air atmosphérique s'altèrent dans leur composition si elles ne sont pas renouvelées, et cette altération est plus considérable chez certaines personnes, en vertu de conditions qu'il m'est assez difficile d'indiquer, mais qui tiennent peut-être autant à la qualité de la sécrétion au moment où elle vient de se produire qu'à la nature spéciale de l'organe sécréteur. Les sécrétions nasales, comme les sécrétions pharyngiennes, vaginales, anales, chez certaines personnes, s'altèrent avec une grande rapidité et contractent une fétidité extrême, alors que cela ne s'observera pas chez d'autres individus qui, bien souvent, seront beaucoup moins recherchés dans les détails de leur toilette.

Certaines punaisies ne reconnaissent pas d'autres causes. Lorsque les narines viennent d'être débarrassées des mucosités qu'elles contenaient, l'haleine est pure; quelques heures plus tard, elle devient fétide si les mucosités sont restées accumulées dans les fosses nasales. Le remède à une pareille infirmité est tout trouvé, il faut se moucher souvent et se bien nettoyer le nez.

Nous venons de voir que, dans l'état normal, les sécrétions des membranes muqueuses, comme celles de la peau, avaient chez certaines personnes une notable fétidité. Si les mêmes parties sont atteintes de phlegmasies, soit aiguës, soit chroniques, cette fétidité prend alors des proportions extraordinaires, et vous savez combien chez les personnes grasses surtout, l'intertrigo qui s'observe sous les mamelles, aux plis des cuisses, autour de l'anus, contracte facilement une odeur très-fétide, qui quelquefois ne peut être évitée même par les soins de la propreté la plus minutieuse. Il en est de même pour les phlegmasies des membranes muqueuses, et on a pu souvent être frappé de la fétidité du pus blennorrhagique chez certains individus. Cette fétidité persiste aussi longtemps que l'inflammation reste à l'état aigu; mais lors même que la phlegmasie passe à l'état chronique, chez quelques personnes les sécrétions inflammatoires conservent une odeur insupportable pour peu qu'elles séjournent là où elles ont été sécrétées. Mais si l'inflammation de la membrane muqueuse a quelque chose de spécial, il se peut que,

même dans la forme chronique, la sécrétion soit fétide à l'instant même où elle se fait.

Je ne pouvais espérer faire comprendre l'histoire de l'ozène sans entrer dans tous ces détails. Beaucoup de personnes, en effet, dès qu'elles contractent un coryza, rendent des mucosités dont l'odeur est fort désagréable ; cette odeur, sans doute, n'est pas celle de la punaisie constitutionnelle, mais elle est en quelque sorte le premier degré de l'ozène accidentel. Si maintenant le coryza devient chronique, la sécrétion s'altérera par son séjour dans les fosses nasales, et la fétidité pourra devenir analogue à celle que l'on retrouve dans certaines phlegmasies spécifiques de la membrane muqueuse pituitaire.

L'ozène dit *constitutionnel*, sans que je veuille d'ailleurs justifier cette épithète, ne s'observe en général qu'après la première enfance, lors même que depuis la naissance il existerait quelques-unes de ces lésions anatomiques dont je parlerai, et qui mènent presque fatalement à la punaisie. Il est rare que la maladie débute avant l'âge de quatre ou cinq ans, mais elle prend des proportions considérables vers l'époque de la puberté, et se maintient ainsi pendant l'âge adulte pour décroître, mais pourtant ne pas disparaître complétement à un âge plus avancé. Cette forme de punaisie est caractérisée par une odeur repoussante, fade, ne ressemblant à aucune autre; les sécrétions nasales sont ordinairement purulentes, quelquefois elles se dessèchent en formant des croûtes qui se modèlent sur les cornets, et alors elles sont presque toujours mêlées d'un peu de sang, lorsqu'elles ont été expulsées après quelques efforts. L'écoulement purulent a souvent une très-grande abondance, et il faut le dire, ce n'est pas dans ce cas que la puanteur est le plus désagréable, à moins que l'ozène ne tienne à une maladie du sinus maxillaire dans lequel le pus séjourne, et qui se vide par flots à la suite de certains mouvements du malade.

Presque toujours, en examinant l'intérieur des fosses nasales à l'aide d'un petit spéculum, on trouve de la rougeur de la membrane muqueuse.

La déformation du nez par l'écrasement de sa racine s'observe assez souvent. On a attribué à cette cause la punaisie; on a pensé que la stricture des fosses nasales qui en était la conséquence, mettait obstacle à l'évacuation des mucosités qui s'altéraient en raison de la durée de leur séjour. Si l'on se rappelle ce qui a lieu dans l'ozène syphilitique de l'adulte, durant lequel la fétidité peut exister et existe le plus souvent sans maladie des os et sans déformation

des fosses nasales; d'un autre côté, si l'on considère que chez le plus grand nombre des adolescents atteints d'ozène, il n'y a pas de déformation du nez, on arrivera à cette conclusion, savoir, que, suivant toute apparence, l'affaissement de la racine du nez a été produit par la même cause qui a déterminé l'ozène lui-même, c'est-à-dire par la phlegmasie chronique et l'ulcération de la membrane muqueuse, et par la nécrose consécutive du vomer ou de quelques portions de l'ethmoïde.

On voit d'ailleurs fréquemment des personnes dont les narines sont extrêmement étroites, de telle sorte que l'air ne passe pas par le nez en quantité suffisante pour les besoins de la respiration, et chez lesquelles pourtant les sécrétions nasales ne prennent jamais d'odeur.

Dans d'autres cas, plus rares, il est vrai, outre qu'il n'y a pas de déformation de la racine du nez, il n'y a même pas de sécrétions nasales réellement différentes, quant à l'aspect, de celles que l'on observe chez la plupart des hommes, et en même temps il n'y a ni douleur de tête, ni tension dans la mâchoire supérieure qui indiquent un état phlegmasique aigu ou chronique. J'ajoute que la membrane muqueuse, aussi loin qu'il soit donné de l'apercevoir, ne présente aucun des caractères qui appartiennent à l'inflammation.

Or, lorsque rien ne permet de penser qu'il existe une phlegmasie de la membrane pituitaire, une nécrose des os; quand l'individu atteint de punaisie a les attributs de la plus florissante santé, nous nous voyons forcés d'admettre que, dans ce cas, la sécrétion nasale a une fétidité spéciale, comme cela s'observe pour les pieds chez certaines personnes, et c'est réellement à cette forme de l'ozène qu'il faudrait conserver l'épithète de *punaisie constitutionnelle*. En effet, pour suivre la comparaison que je viens de prendre, nous ne serons pas autorisés à confondre la fétidité des pieds que l'on observe chez certaines personnes qui ont des soins de propreté suffisants, et qui n'ont aucune maladie de peau, avec celle qui se remarque si souvent à la suite des eczémas chroniques des pieds, et surtout à la suite des inflammations de la peau que l'on voit entre les orteils, dans le cours des maladies vénériennes.

A côté de cet ozène réellement constitutionnel, il faut tout de suite placer celui qui tient à une diathèse herpétique et qui, le plus souvent, s'observe en même temps que des ophthalmies dites *scrofuleuses*, en même temps que le gonflement de la lèvre supérieure. Il s'en faut de beaucoup que toutes les affections dartreuses de la membrane muqueuse des fosses nasales produisent la punaisie, comme

les affections dartreuses de certaines parties du corps ne sont pas nécessairement accompagnées de fétidité ; mais de même que l'eczéma des pieds, de la vulve, produit chez certaines personnes des sécrétions d'une puanteur révoltante, chez certains malades atteints d'eczéma chronique de la membrane muqueuse des fosses nasales il se fait une sécrétion d'une odeur repoussante.

De toutes les causes de l'ozène, la plus fréquente est à coup sûr la syphilis. Le coryza est très-commun dans la vérole constitutionnelle, et, bien qu'il n'entraîne pas la fétidité de l'haleine chez la très-grande majorité des malades, cependant il la produit de la même manière que la dartre et que la scrofule chez certaines personnes. Mais quelle que soit cette fétidité, elle n'égale jamais celle de la punaisie constitutionnelle. Toutefois l'ozène syphilitique a cela de grave que, plus qu'aucun autre, il amène les ulcérations et les nécroses.

Une phlegmasie n'occupe pas impunément pendant longtemps une membrane aussi ténue que la membrane pituitaire ; il survient assez souvent des ulcérations, et M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), à qui l'on doit d'intéressants travaux sur le sujet qui nous occupe en ce moment, a pu constater l'existence d'ulcérations jusque sur le plancher des fosses nasales ; avec le *speculum nasi*, analogue à celui que l'on emploie pour explorer le conduit auditif externe, il est bien facile de trouver des ulcérations sur la cloison, sur les parties des cornets les plus voisins de l'ouverture des narines.

Ces ulcérations vont devenir maintenant une nouvelle cause d'ozène dans le sens que je vais vous indiquer.

Quelle que soit la cause de cette ulcération, le tissu cellulaire sous-muqueux est facilement envahi, et l'os lui-même est bientôt atteint ; il en résulte sa nécrose. Du moment que cette lésion existe, elle devient une nouvelle cause d'ozène, et lors même que la maladie primitive est complétement guérie, la fétidité persiste tant que la portion nécrosée ne s'est pas exfoliée ou n'a pas été enlevée.

Quoique l'odeur ne soit pas à beaucoup près aussi horrible quand elle ne tient qu'à la nécrose, elle n'en est pas moins une infirmité dégoûtante contre laquelle les malades réclament souvent notre secours.

Lorsque la voûte palatine, la branche montante du maxillaire supérieur, le vomer, les cornets participent à la nécrose, et qu'il y a une véritable démolition des os du nez, l'abondance de la suppuration ichoreuse devient très-grande, et la fétidité, bien que n'ayant

pas l'odeur spécifique de la punaisie constitutionnelle, est cependant exécrable.

Vos maîtres en chirurgie vous ont appris que les nécroses qui succédaient à des plaies d'armes à feu, à des fractures des os de la face, quelquefois même à l'existence des polypes, pouvaient produire l'ozène. Mais les maladies du sinus maxillaire sont une cause de punaisie encore très-fréquente. Je recevais naguère à ma consultation un homme d'une quarantaine d'années, bien portant d'ailleurs, qui venait se plaindre à moi d'un ozène qui, depuis longtemps, faisait le tourment de sa vie. Il était debout : je lui fis renverser la tête en arrière et fermer la bouche pour l'obliger à respirer par les narines, et je fus étonné de ne trouver à l'haleine aucune fétidité. Il me dit alors qu'il pouvait produire cette fétidité à volonté, et, en effet, il s'assit, pencha fortement la tête en bas et reçut dans son mouchoir une quantité considérable de pus qui répandit dans mon cabinet une odeur insupportable.

Dans tout ce que je viens de dire, je n'ai pu faire que très-incomplétement le tableau de la punaisie. Je ne voulais que donner une idée sommaire d'une maladie commune, rebelle et assez mal connue ; je voulais surtout indiquer quelques-uns des moyens thérapeutiques à l'aide desquels nous guérissons quelquefois et pallions souvent cette cruelle infirmité.

Tout d'abord, qu'il soit bien entendu que nous ne pouvons rien ou à peu près dans l'ozène qui tient à la nécrose des os ; il est trop évident que nous ne pouvons avoir de prise sur un pareil mal : l'os malade se détachera en totalité ou en partie, et l'odeur persistera aussi longtemps qu'il restera quelque fragment d'os nécrosé. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le squelette des fosses nasales pour se faire une idée de la difficulté de l'expulsion de certaines parties ; aussi quand la nécrose est fort étendue, l'ozène peut-il durer de longues années, la chirurgie restant le plus souvent impuissante.

A la fin du mois de mai 1863, je voyais à l'hôtel du Louvre avec mes honorables confrères, MM. Higgings et Shrimpton, un jeune officier anglais de l'armée de l'Inde atteint depuis longtemps d'ozène syphilitique. Il avait été la veille saisi tout à coup d'une horrible suffocation, causée par la présence d'un corps étranger qui, des arrière-narines était tombé dans la gorge. Dans les convulsions de la suffocation il saisit avec ses doigts et finit par arracher une énorme portion de l'ethmoïde, irrégulière, anfractueuse, qui représentait au moins le quart de l'os.

J'ajoute que le jour même il survint des symptômes cérébraux qui le tuèrent en vingt-quatre heures, et il devint probable pour nous qu'il s'était formé une suppuration des méninges et du cerveau dans les points correspondants à la lame criblée de l'ethmoïde. On comprend que, lorsqu'il existe de pareilles nécroses, l'expulsion de l'os soit presque impossible, et que l'exfoliation doive se faire par petites esquilles, et par conséquent avec une extrême lenteur.

Une ulcération, une nécrose des parois du sinus maxillaire, ou bien une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse qui le tapisse, produiront encore un ozène contre lequel nous aurons bien peu de chose à faire, et dans le plus grand nombre des cas la chirurgie pourra seule intervenir en pénétrant dans le sinus par l'arcade dentaire supérieure, et en y portant directement des agents thérapeutiques.

Toutes les fois que l'on peut s'adresser à la cause de l'inflammation de la membrane muqueuse pituitaire, et qu'il n'y a pas encore de lésions osseuses, la guérison est facile : ainsi, dans le coryza syphilitique sans ulcération, les mercuriaux, l'iodure de potassium feront assez facilement justice de l'accident, comme ils guérissent les inflammations chroniques du pharynx, du larynx, etc. Mais quand il s'agit de l'ozène herpétique, nous n'avons plus, comme pour la syphilis, de médicaments spécifiques, et le mal est souvent insurmontable. Ce n'est pas qu'avec les préparations arsenicales, avec l'iode, avec les sulfureux, nous ne puissions rendre quelques légers services, mais ces services sont extrêmement limités, et c'est à la médication topique que nous devrons surtout avoir recours. Il est bien plus difficile encore de lutter contre la diathèse strumeuse, et quoique nous puissions modifier un peu la constitution en plaçant le malade dans de bonnes conditions hygiéniques et en donnant quelques-uns de ces remèdes dont la banalité et l'insuffisance sont assez connues, cependant il faut encore ici compter le plus et compter presque exclusivement sur les remèdes qui s'adresseront directement à la membrane muqueuse malade.

C'est donc sur la médication topique que nous allons plus particulièrement insister, et c'est elle qui vous rendra les services les plus signalés.

Les poudres inspirées comme du tabac à priser, les applications directes du caustique sur les points ulcérés, les injections de diverse nature, sont les moyens les plus usités et ceux qui m'ont rendu assez de services pour que je me croie en droit de les recommander. Ce n'est pas que la guérison soit facile, tant s'en faut, ce n'est pas

qu'elle puisse être obtenue en peu de temps; mais si imparfaite que soit la méthode, si peu efficaces que soient, en général, les moyens mis en usage, nous n'en arrivons pas moins à des résultats relativement heureux, résultats qu'il faut encore s'applaudir d'avoir obtenus.

Les poudres dont je fais surtout usage sont les suivantes, et j'en donne les formules.

| | |
|---|---|
| Pr. Sous-nitrate de bismuth................ | 15 grammes. |
| Talc de Venise........................ | 15 grammes. |
| Pr. Chlorate de potasse.................... | 2 grammes. |
| Sucre porphyrisé..................... | 15 grammes. |
| Pr. Précipité blanc....................... | 25 centigrammes. |
| Sucre porphyrisé..................... | 15 grammes. |
| Pr. Précipité rouge...................... | 25 centigrammes. |
| Sucre porphyrisé..................... | 15 grammes. |

Une précaution capitale et sans laquelle toute médication topique deviendra inutile, c'est de nettoyer, au préalable, les fosses nasales à l'aide de reniflements d'eau tiède ou froide; il faut enlever les mucosités, les croûtes qui tapissent la membrane muqueuse pituitaire.

C'est aux poudres mercurielles que j'ai tout d'abord recours. Le malade en inspirera vigoureusement une prise par chaque narine, de manière à les faire pénétrer dans la plupart des anfractuosités du nez. L'inspiration devra être répétée deux ou trois fois par jour, en ayant égard à l'irritation qu'elle peut produire. Généralement les praticiens ne sont pas assez en garde contre l'action énergiquement irritante du précipité blanc et du précipité rouge; ces deux agents si puissants dans le traitement des ophthalmies chroniques, des maladies de la peau, des membranes muqueuses, sont fréquemment abandonnés, précisément parce que leur action irritante est plus vive qu'on ne l'avait supposé; on impute alors au remède un mal dont on ne devrait accuser que le médecin. Aussi doit-on se souvenir de se tenir en garde contre l'irritation que les poudres mercurielles peuvent produire dans les fosses nasales, et ne prescrire qu'un très-petit nombre d'inspirations chaque jour et pendant quelques jours seulement.

Nous serons, dans le traitement de l'ozène, d'autant plus enclins à abuser de ces médicaments, qu'ils amènent un résultat aussi rapide qu'inattendu. Je n'exagère pas en disant que, chez certains malades, la fétidité disparaît quelques heures après les premières inspirations de poudre; résultat temporaire, il est vrai, mais po-

sitif, tout inexplicable qu'il est ; cela prouve tout au moins la puissance des poudres mercurielles comme agent modificateur de la membrane muqueuse malade, et en même temps cela nous invite à faire du mercure, employé comme moyen topique, notre arme favorite dans le traitement de la punaisie, soit que nous l'employions sous forme pulvérulente, comme je viens de l'indiquer, soit que nous préférions la forme liquide, suivant le mode dont je parlerai tout à l'heure.

S'il faut être réservé dans l'usage des poudres mercurielles, on peut au contraire abuser du mélange de bismuth et de talc ; les malades peuvent en renifler autant et aussi souvent qu'ils le veulent, et quoique, à en juger par l'irritation produite, ce médicament ne semble avoir aucune influence, cependant il est un de ceux sur lesquels je compte le plus et auxquels je reviens le plus volontiers et le plus souvent, précisément parce que l'on peut en abuser.

Le chlorate de potasse, auquel M. le docteur Henri de Saint-Arnoult a donné une vogue qui n'est pas tout à fait immméritée, rend encore de réels services ;il a surtout l'avantage, comme les poudres mercurielles, de faire disparaître l'odeur pendant que l'on en fait usage. Si ce remède n'agissait que comme désinfectant, il mériterait sans doute encore d'être conseillé, mais il a une influence utile analogue à celle du mercure ; il est vraiment, comme ce dernier, modificateur de la membrane muqueuse.

Chez les adultes, sur l'obéissance desquels on peut compter, les inspirations de poudres, bien qu'insuffisantes, rendent néanmoins d'éminents services ; chez les enfants, elles ne sont presque d'aucune utilité, et pour eux il faut recourir aux injections, qui seront alors le moyen de traitement à peu près exclusif, tandis que pour l'adulte elles sont un moyen complémentaire.

Les injections auxquelles j'ai le plus habituellement recours sont les suivantes :

Pr. Eau phagédénique.................. 200 grammes.
Bien agiter le flacon avant d'en faire usage afin de bien mêler le précipité.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Sublimé | 1 gramme. |
| | Alcool | 100 grammes. |
| Pr. | Chlorate de potasse | 4 grammes. |
| | Eau distillée | 200 grammes. |
| Pr. | Nitrate d'argent | 5 centigrammes. |
| | Eau distillée | 100 grammes. |
| Pr. | Sulfate de cuivre ou bien sulfate de zinc. | 5 centigrammes. |
| | Eau distillée | 100 grammes. |

Tout d'abord je ferai, à propos de ces injections, une observation pratique d'une grande importance. La membrane muqueuse pituitaire a une sensibilité beaucoup plus grande qu'on ne le suppose ordinairement. Lorsque l'on commence le traitement par les injections, il faut employer des solutions extrêmement faibles, et il arrive souvent que la solution de 5 centigrammes de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc ou de sublimé dans 100 grammes d'eau distillée, soit très-impatiemment supportée. J'ajoute tout de suite que cette sensibilité extraordinaire s'émousse vite, et que l'on peut arriver assez rapidement à des doses plus élevées, doses qui, pourtant, ne devront jamais être considérables et qui, d'ailleurs, seront toujours proportionnées à la sensibilité de chaque malade.

Les injections seront faites plusieurs jours de suite, deux, trois et quatre fois par jour; puis on reviendra à l'usage des poudres, puis on recourra de nouveau aux injections, dont on diminuera, dont on augmentera le nombre chaque jour, en raison, d'une part, de l'irritation produite sur la membrane muqueuse, d'autre part, de l'influence exercée sur la maladie.

Dans une affection aussi tenace que l'ozène, on comprend sans peine que la médication doive être longtemps continuée, et si le médecin satisfait de l'apparence d'un succès interrompait brusquement la médication, le mal se reproduirait immédiatement. Malgré la patience la plus grande et les modifications nombreuses introduites successivement dans le traitement, il arrive encore trop souvent que nous n'obtenons pas une guérison radicale.

Il faut donc d'abord et plusieurs mois de suite appliquer les remèdes sans interruption, et lorsque déjà depuis six semaines ou deux mois la fétidité a disparu, on se relâche un peu de la sévérité du traitement en faisant un moins grand nombre d'inspirations ou d'injections chaque jour. Si le mieux persiste, on n'a plus recours à ces remèdes que de deux jours l'un, puis à des intervalles de trois, quatre jours pendant plusieurs mois encore.

Cependant il est un point pratique fort important sur lequel je veux appeler l'attention. On remarque en général que, à l'époque menstruelle, les symptômes de l'ozène augmentent dans une proportion notable, et cela indépendamment de tout traitement; lors même que la médication est le mieux dirigée, il arrive encore trop souvent que la fétidité reparaisse un peu dans la circonstance que je viens d'indiquer. Il en est de même si, sous l'influence d'une cause quelconque, il survient une phlegmasie de la membrane mu-

queuse pituitaire. Aussi est-ce une règle dont il ne faut pas se départir, qu'il faut reprendre la médication avec toute sa sévérité lorsque le malade se trouve dans les conditions particulières dont je viens de parler. Lors même que déjà depuis longtemps il n'existerait plus de symptômes de punaisie, encore faudrait-il ne pas oublier le précepte pratique que je viens de formuler.

Si puissantes que soient les inspirations de poudres et les injections, elles ne suffisent pourtant pas, même comme moyen topique. M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) a depuis bien longtemps insisté sur la nécessité de porter sur la voûte des fosses nasales et sur d'autres parties plus accessibles des agents modificateurs à l'aide de bougies emplastiques ou de sondes rigides accommodées à la forme des parties, et analogues à celles que l'on emploie dans les maladies de l'urètre, de la vessie, de l'utérus.

Cependant, quoique la médication topique tienne la place la plus importante dans le traitement de l'ozène non syphilitique, ce serait une grande faute que de ne pas faire un traitement général.

L'huile de foie de morue donnée longtemps et quinze jours de suite chaque mois a quelquefois rendu de grands services. La teinture d'iode administrée deux ou trois fois par jour à l'heure des repas et chaque fois à la dose de 5, 10, 15 et même 20 gouttes pendant plusieurs mois, produit assez souvent de fort heureux effets dans la punaisie constitutionnelle.

Les préparations arsenicales, administrées avec persévérance comme on le fait en général pour combattre la diathèse herpétique, viennent encore puissamment en aide à la médication topique.

Est-il besoin de dire que s'il s'agit d'un ozène syphilitique, les préparations mercurielles et l'iodure de potassium devront primer même les applications locales.

Quant aux nécroses, aux polypes, aux maladies diverses du sinus maxillaire, ils sont plutôt du ressort de la chirurgie, et je n'ai point à m'en occuper ici.

Je ne veux pourtant pas terminer sans répéter que la triste maladie dont je viens de tracer le tableau est une des plus difficiles à guérir, mais aussi qu'elle est une de celles que l'on peut le mieux pallier, pourvu que l'on soit assuré de la propreté, de la docilité, de la patience du malade, et pourvu que cette patience ne soit égalée que par celle du médecin.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**Du mode de réduction et du maintien des fragments dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Quelle est la durée nécessaire à la consolidation de cette fracture?**

Par M. le professeur Jarjavay.

Il y a peu de fractures qui aient autant fixé l'attention que celle de l'extrémité inférieure du radius. Le mécanisme, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le pronostic, le traitement, tout dans cette fracture a été étudié dans de bons mémoires, d'excellents articles dont les auteurs portent les noms des chirurgiens les plus recommandables de notre époque. Sous le point de vue des appareils contentifs, on s'en est même trop préoccupé; car, depuis les remarques de M. Velpeau (*Dict.* en 30 vol., t. XXV, p. 277), on reconnaît généralement aujourd'hui que la plupart des moyens de contention qui, après Dupuytren, ont été mis en usage, sont plus nuisibles qu'utiles. Aussi, est-il arrivé, comme l'a très-judicieusement fait observer M. Lecomte (*Arch. gén. de méd.*, 1861, p. 201), qu'une tendance à la simplification des appareils s'est manifestée dans ces derniers temps. Mais, de même qu'au début des études dont il s'agit, il y a eu de l'exagération dans l'emploi des appareils, de même aujourd'hui il y a excès dans cette tendance, car elle a porté des chirurgiens à préconiser la position seule comme pouvant suppléer à la fois et la réduction et la contention des fragments. Ainsi, M. Hervez de Chégoin (*Union méd.*, 11 avril 1848), et Robert (*Union méd.*, janvier 1853) ont annoncé que le poids seul de la main pendant dans la flexion, en même temps qu'un plan supporte l'avant-bras, pouvait à lui seul réduire le fragment carpien et conjurer tout déplacement ultérieur.

Je ne discuterai pas la question de savoir s'il faut se borner à traiter seulement l'inflammation et abandonner d'ailleurs à elle-même cette fracture, quoiqu'il soit bien démontré que d'une part des appareils compliqués n'ont pas donné de résultats satisfaisants au point de vue de la régularité des formes de la région du poignet, et que, d'autre part, des blessés qui n'ont pas reçu de soins ont recouvré de meilleure heure l'usage de leur membre. Il est évident qu'il est du devoir du chirurgien de se proposer à la fois le double but d'éviter l'inconvénient de la difformité et d'obtenir le prompt retour de tous les mouvements dans les articulations de la main.

Or, pour atteindre ces deux résultats, la première condition est

de mettre le fragment inférieur dans la direction qu'occupe dans l'état sain l'extrémité inférieure du radius. Nous verrons ensuite s'il est besoin que de grandes forces agissent longtemps pour l'y maintenir définitivement.

M. Nélaton (*Elém. de path. chir.*, t. I, p. 747), écrivait en 1844 qu'il avait renoncé, dans presque tous les cas, aux manœuvres de réduction ; M. Hervez de Chégoin, en 1848, qu'il ne pratiquait la réduction qu'autant qu'elle était facile, mais qu'il fallait y renoncer quand elle exigeait des efforts douloureux ou que le déplacement avait une grande tendance à se reproduire ; et Robert, en 1853, qu'elle était inutile et pouvait être dangereuse. Pour le premier de ces chirurgiens, l'application de son appareil, qui exerce deux pressions, l'une d'arrière en avant sur le fragment carpien, l'autre d'avant en arrière sur le fragment supérieur, suffit pour les replacer graduellement dans leurs rapports normaux ; pour les seconds, c'est au poids de la main pendante qu'est confiée la réduction.

Je ne saurais partager la manière de voir de M. Nélaton sur cette réduction graduelle. Il me semble, en effet, que la constriction qu'exerce la bande circulaire qu'il roule autour de ses deux attelles et dont toute l'action porte uniquement et en sens inverse sur les deux fragments au moyen de compresses graduées, pousse instantanément les fragments vers leur direction naturelle. C'est, en somme, une réduction immédiate qui s'opère en même temps que l'application de l'appareil qui est substitué ici aux doigts du chirurgien. Quant à la réduction lente de M. Hervez de Chégoin et de Robert, secondaire, pour me servir de l'expression de M. Lecomte (*loc. cit.*, p. 202), elle ne m'inspire pas une sécurité absolue. Si le fragment carpien avait sa surface articulaire inclinée en avant au lieu de l'avoir inclinée en arrière, il faudrait donc tenir l'avant-bras couché sur un coussin dans la supination ? Mais cette position deviendrait en peu de temps intolérable et le moyen serait, par conséquent, sans effet. Dans le déplacement le plus fréquent, c'est-à-dire quand le fragment inférieur a subi, comme un rayon autour du trait de la fracture, un mouvement d'avant en arrière, il a obéi à l'action du choc et il est maintenu dans cette position par l'irrégularité de la surface fracturée, exceptionnellement par la pénétration, et non pas, comme le veut Robert, par la contraction spasmodique des extenseurs de la main et des doigts. La preuve que ces muscles n'ont aucune action dans ce phénomène, c'est que, s'ils étaient dans un état de spasme,

la main et les doigts seraient dans l'extension. Or, c'est précisément le contraire qui a lieu : tout le monde sait, en effet, que la main et les doigts tombent dans la flexion quand il existe une fracture de l'extrémité inférieure du radius correspondant. On n'a donc pas à lutter contre cette prétendue contraction spasmodique dans le traitement. D'ailleurs, le poids de la main serait-il à lui seul capable de déterminer toujours une réduction lente et graduée? Ce poids, dit Robert (*loc. cit.*), est de 350 à 400 grammes, et fait sur le fragment carpien l'effet d'une extension continue, tandis que le coussin bourré de balle d'avoine qui est sous le fragment supérieur opère la contre-extension. Je ferai remarquer que les muscles extenseurs de la main et des doigts ont, dans l'état physiologique, un degré de contraction qui lutte contre ce poids et qui l'empêche par conséquent d'agir sur les ligaments postérieurs de l'articulation radio-carpienne. Ce n'est que dans les cas où les extenseurs sont paralysés que la main exerce une véritable traction sur ces ligaments. Voyez, si, le bras porté en avant et la main pendante dans la flexion, cette main vous paraît plus pesante que si elle était horizontale ou portée dans l'extension; il n'y a aucune différence. Au contraire, le malade qui est atteint d'une solution de continuité du nerf radial sent au bout de l'avant-bras un poids inaccoutumé, parce qu'alors les extenseurs et les supinateurs paralysés ne soutiennent plus la main. La main pesa-t-elle le double, le triple de son poids habituel, si les muscles extenseurs étaient naturellement disposés pour ce poids, la main pendante n'en aurait pas plus d'action sur le fragment carpien. Mais, dira-t-on, tous ces raisonnements tombent devant les faits. M. Hervez de Chégoin déclare avoir obtenu de beaux résultats par la position seule, et Robert annonce que, sur cinquante à soixante fractures de l'extrémité inférieure du radius qu'il a traitées dans l'espace de cinq ans, le traitement si simple de la position a suffi pour amener rapidement une consolidation presque toujours exempte de difformité. Je me garderai bien d'élever des doutes contre ces assertions, surtout quand elles sont émises par M. Hervez de Chégoin et Robert. Mais j'ai vu des cas dans lesquels la position seule de la main pendante dans la flexion avait été employée ; je les ai vus quelques mois après l'accident, alors que tout empâtement du tissu cellulaire sous-cutané et profond avait disparu, et je déclare que le résultat m'a paru peu satisfaisant. En septembre 1861, un malade, couché au nº 21 de la salle Saint-François, avait été traité à l'hôpital Saint-Antoine, en mon absence, d'après ce principe ; or, le gonflement de la région n'avait pas disparu au bout de seize

jours, et la déformation caractéristique du poignet n'avait été au bout d'un mois modifié en rien. Les cas dont je parle seraient-ils exceptionnels, cela suffirait pour porter le chirurgien à s'efforcer d'obtenir quelque chose de plus sûr et pour qu'il n'abandonnât pas sa confiance à un traitement qui a d'ailleurs l'incontestable avantage de prévenir la raideur dans les articulations du poignet et des doigts. En outre, il est évident que la flexion de la main ne saurait avoir aucun effet sur l'inclinaison du fragment inférieur en dehors, inclinaison qui est habituellement compliquée de la rupture du ligament latéral interne de l'articulation radio-carpienne ou du ligament triangulaire, ou d'une fracture de l'apophyse styloïde du cubitus.

Indépendamment de sa prétendue inutilité, les partisans de la position seule ont encore objecté à la réduction ses dangers. Déjà en 1842 M. Voillemier (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. XIII, p. 297), convaincu que les fractures de l'extrémité inférieure du radius ont presque constamment lieu par pénétration, par écrasement, exprimait la crainte que les manœuvres de la réduction n'amenassent l'arrachement de pièces osseuses encore unies par des liens fibreux et l'aggravation des désordres qui existent très-près de l'articulation, etc.; à cause de l'écrasement, ajoute-t-il, une forte traction ne ferait qu'écarter les fragments l'un de l'autre. Mais la pénétration n'est pas la règle dans cette fracture; elle est, au contraire, l'exception. Je crois avoir ailleurs (Thèse inaugurale, 1846, p. 26) établi ce fait que sont venues confirmer plus tard les recherches de M. Adam Smith (*A treatise on fractures*, p. 140). D'ailleurs nous dirons tout à l'heure que le danger, si danger il y a, dépend uniquement du procédé de réduction. M. Hervez de Chégoin, confiant dans l'effet de la position seule, repousse la réduction toutes les fois qu'elle demanderait des efforts douloureux ou que le déplacement aurait une grande tendance à se reproduire. Robert recule aussi devant la douleur et ne veut pas que l'on continue les manœuvres, afin d'éviter l'inflammation du foyer de la fracture et des parties molles environnantes (Thèse de M. Prévost, 1854, p. 7). En résumé, les dangers de la réduction consisteraient dans la douleur, l'inflammation de la région, l'arrachement des pièces osseuses et l'écartement des fragments dans les cas de pénétration.

Si la réduction opérée convenablement doit donner d'excellents résultats dans la régularité de la consolidation des fragments (et j'espère le prouver ultérieurement), il faut avouer que l'objection

de la douleur ne peut être prise en considération ; elle n'est pas sérieuse, d'abord parce qu'elle est généralement très-tolérable, et en second lieu parce que le choroforme est à notre disposition comme pour tant d'autres cas. Quant à celle de l'inflammation, il faudrait des manœuvres bien longues, des pressions bien multipliées pour causer cet accident. Depuis vingt-cinq ans que je suis dans les hôpitaux de Paris, soit comme élève, soit comme chef de service, je n'ai jamais vu l'inflammation se développer dans la région du poignet par suite d'efforts de réduction, et je n'ai jamais ouï dire qu'il en fût arrivé. Alors même qu'il y aurait écrasement de la substance spongieuse dans le fragment carpien, voire même pénétration, les divers modes de réduction généralement employés n'auraient d'autre inconvénient que leur inutilité. Ces procédés me paraissent, en effet, insuffisants dans beaucoup de cas pour arriver à la réparation convenable du déplacement.

Quels sont ces procédés ? Je ne citerai les pressions interosseuses que pour dire leur impuissance bien connue ; c'est à elles que je faisais allusion tout à l'heure quand je parlais de la possibilité d'un danger dans les manœuvres de réduction. L'adduction forcée de la main seule ou combinée avec l'extension, ou l'adduction avec extension sur le pouce seul sont aussi impuissantes à replacer le fragment carpien dans sa position normale. Le procédé le plus généralement employé est le suivant : une double pression est exercée par les mains du chirurgien d'avant en arrière sur le fragment supérieur, d'arrière en avant sur le fragment inférieur, pendant qu'une traction est exercée par un aide sur la main d'une part et que d'autre part un autre aide fixe la partie inférieure de l'humérus. Les deux pressions refoulent, quand elles sont assez fortes, le fragment carpien en avant, mais il est des cas où la résistance est assez grande pour ne permettre qu'une réduction très-imparfaite, les doigts n'ayant pas assez de prise pour exercer efficacement l'impulsion voulue. D'ailleurs, ce n'est pas par un mouvement de totalité que doit être porté en avant le fragment carpien, mais bien par un mouvement contraire à celui qu'il a fourni lors du déplacement. Or, l'extrémité inférieure du radius se fracture comme si une force avait agi pour courber d'avant en arrière cette extrémité ; la surface carpienne décrit un arc d'avant en arrière, et l'extrémité supérieure de ce fragment reste à peu près immobile comme un centre autour duquel est décrit l'arc dont il s'agit. Ce procédé de réduction ne répond donc pas à l'indication. De plus, si, indépendamment du mouvement d'avant en arrière, le fragment en a subi simultanément un

autre de dedans en dehors, en s'éloignant par son extrémité inférieure de l'extrémité correspondante du cubitus, le procédé de réduction ne pourrait corriger en aucune façon le dernier déplacement.

La flexion brusque de la main constitue un autre procédé. Elle a été préconisée par Bonnet, de Lyon, M. Philipeaux, son élève (*Bull. gén. de Thérap.*, t. XXXVIII, p. 207) et, d'après M. Lecomte (*loc. cit.*), par M. Legouest. Elle agit par la traction qui est exercée sur la main pendant que l'avant-bras est maintenu sur un point d'appui. M. Legouest se sert du genou, qu'il place sur la partie antérieure du poignet. Il obtient ainsi, d'après M. Lecomte, une réduction à peu près complète. De quelque manière qu'elle soit pratiquée, la flexion brusque de la main est un procédé de beaucoup préférable aux autres; mais elle a le tort de porter les forces de la traction sur les muscles extenseurs qui, par leur résistance, en neutralisent une bonne part, et de ne pas agir directement sur le fragment carpien. Elle ne peut non plus remédier à l'inclinaison en dehors de ce fragment, quand cette inclinaison existe.

Pour que toutes les forces soient efficacement employées dans la réduction, il est indispensable que leur action porte directement et uniquement sur les deux fragments. Le sens dans lequel elles doivent s'exercer doit être tel qu'elles leur fassent suivre un mouvement directement inverse et de même nature que celui qu'ils ont parcouru pendant que la fracture s'est produite, c'est-à-dire que, si le fragment inférieur a décrit par son extrémité carpienne un arc de cercle d'avant en arrière autour du trait de la fracture, cette même extrémité doit encore parcourir un arc de même étendue, mais d'arrière en avant, pour recouvrer sa direction normale. Au moment de la fracture l'extrémité inférieure du radius a été fléchie d'avant en arrière; dans la réduction il faut la fléchir d'arrière en avant. C'est pourquoi j'opère de la manière suivante : L'avant-bras du blessé est placé dans la pronation et la main pendante, tandis qu'un aide fixe le coude. Les quatre derniers doigts de chaque main étant entrecroisés, je place le bord qui correspond aux indicateurs au-dessous de l'extrémité du fragment supérieur et je porte les deux pouces également entrecroisés sur la face dorsale du fragment carpien. L'extrémité inférieure de l'avant-bras, qui est le siége de la fracture, se trouve ainsi embrassée dans un cercle dont la partie postéro-inférieure appuie sur le fragment supérieur et la partie antéro-supérieure sur le fragment inférieur. Alors, par un mouvement de pronation des deux mains réunies, je

pousse le premier de ces fragments vers la face dorsale de l'avant-bras, le second vers la face palmaire. Je ne crains pas d'employer toute la force nécessaire pour redresser ainsi le poignet, et toujours j'ai obtenu de la sorte d'excellents résultats. Le mouvement par lequel je réduis est rapide ; la douleur est de courte durée. Que s'il existe en même temps une inclinaison du fragment carpien sur le bord radial de l'avant-bras, au lieu de pousser directement en bas le fragment inférieur, je l'incline en même temps vers le cubitus pour détruire cette déviation. Les observations qu'on lira plus bas prouvent que, par ce procédé, la réduction est très-exacte, et qu'on ne doit pas s'arrêter devant la crainte de produire de la douleur, d'occasionner une inflammation, dangers qui ont été considérablement exagérés.

Si la réduction ainsi obtenue n'était pas sujette à se détruire par suite de la liberté des mouvements du membre, tout appareil pour la contention des fragments ne pourrait être que nuisible ; mais si elle se maintient dans quelques cas, il en est d'autres assez fréquents où le déplacement se reproduit. Voici deux faits qui sont des exemples remarquables, l'un du maintien de la réduction, l'autre d'un nouveau déplacement.

*Obs. I.* A*** Auguste, vingt ans, fondeur en cuivre, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est entré le 26 mai 1863 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 7. La veille, il était tombé à la renverse, le poignet gauche retenu entre deux tiges de fer de la machine à laquelle il travaille journellement. Un peu de gonflement dans la région sans rougeur de la peau ; point d'ecchymose ; douleur dans les mouvements de flexion et d'extension de la main ; déformation caractéristique de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Quand on fixe le corps de l'os d'une main, et que de l'autre on imprime à son extrémité inférieure des mouvements en avant et en arrière, mobilité et crépitation. Si, le pouce d'une main appuyant sur la face postérieure du radius pendant que les quatre autres doigts embrassent la face antérieure, on fléchit de l'autre main le poignet en arrière, la déformation est considérablement augmentée, et l'on produit un angle dont le sommet est du côté des muscles fléchisseurs, et le sinus du côté des extenseurs. Point de douleur au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus ; point de déviation de l'axe de la main en dehors.

J'opère immédiatememcnt la réduction, de la manière suivante :

Un aide fixe le coude, et l'avant-bras du malade, fléchi à angle droit sur le bras, est placé dans la pronation, la main pendante, de

manière que la face dorsale regarde en haut, la face palmaire en bas. Les quatre derniers doigts de mes deux mains étant croisés, je place les indicateurs sous la saillie du fragment supérieur et les deux pouces sur la face dorsale devenue supérieure de l'extrémité inférieure du radius ; puis, par un mouvement brusque de pronation des deux mains réunies, je pousse le fragment supérieur en haut et le fragment inférieur en bas, en faisant subir une flexion en bas au radius fracturé. La douleur est modérée, la réduction ne laisse rien à désirer. Deux compresses graduées sont aussitôt placées sur chaque face de l'avant-bras ; deux attelles les recouvrent, ne descendant pas, comme elles, plus bas que le radius et allant jusqu'à l'articulation du coude. Des circulaires de bandelettes de diachylon fixent le tout en bas et en haut ; les bords de la partie moyenne de l'avant-bras restent libres. Je permets tous les mouvements de la main ; écharpe ; quatre portions.

Quatre jours après, le 30 mai, il n'existe point de gonflement de la main, ni d'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané. J'enlève l'appareil de contention et je recommande à A*** de se servir de sa main avec précaution.

Le 31. Pas l'ombre de déformation, c'est-à-dire de déplacement. La peau est mobile comme dans l'état normal. Les saillies osseuses et tendineuses se dessinent aussi bien que dans le poignet droit. Même recommandation.

Les jours suivants c'est le même état. A la vue du poignet on ne pourrait pas soupçonner que ce malade est atteint depuis si peu de jours d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Le 5 juin, les mouvements sont complétement libres.

Le 8 mai. Je cherche à faire mouvoir le fragment carpien sur le fragment supérieur ; point de mobilité, la consolidation est complète. D'ailleurs le malade se sert de son avant-bras et de sa main depuis deux jours, comme s'il n'avait pas eu de fracture. *Exeat* le 11.

*Obs. II.* B*** Célestin, trente et un ans, sculpteur, tempérament lymphatique, système musculaire peu développé, est entré le 27 mai 1863 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, nº 18. Le 26, il est tombé sur la face antérieure du poignet gauche, en jouant avec des camarades sur le talus des fortifications. Douleur vive dans cette région au moment de la chute.

Le 28 mai. A la visite du matin on constate : tuméfaction du poignet et déformation caractéristique de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Point de rougeur de la peau ; œdème de la

face dorsale de la main. Mobilité très-prononcée du fragment carpien; crépitation. Douleur à la pression au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus; point de déviation de l'axe de la main sur le bord radial de l'avant-bras.

Même procédé de réduction que dans l'observation précédente; même résultat dans la conformation du poignet. Le même appareil que ci-dessus est apposé. Uneé charpe soutient ensuite l'avant-bras, et la main est complétement libre; quatre portions.

Le 1er mai. J'enlève l'appareil et laisse l'avant-bras soutenu dans une écharpe, la main pendante. Le gonflement et la douleur sont légers; la réduction s'est parfaitement maintenue.

Le 2. La déformation du poignet s'est reproduite au degré de celle du premier jour. Nouvelle réduction; application du même appareil. Nous laissons la main toujours libre.

Le 5. L'appareil enlevé un instant, on voit que la réduction s'est parfaitement maintenue. On le réapplique séance tenante.

Le 9. L'avant-bras dépouillé est mis à nu, le fragment carpien ne paraît plus mobile. Suppression de tout appareil.

Le 10. Toutes les parties molles ont la souplesse de l'état normal; le poignet a une conformation très-régulière.

Le 11. Nous cherchons à ébranler le fragment inférieur; la force employée démontre que la consolidation est opérée. Seulement, sur la face antérieure du radius nous constatons une tuméfaction dure qui appartient à l'os.

Nous avons gardé le malade pendant quatre jours sur sa demande, afin de lui donner encore quelque temps de repos. Il sort le 15 juin.

On remarquera que, dans le premier cas, la réduction s'est maintenue sans aucun appareil au bout de quatre jours, quoique la main n'ait pas été maintenue pendante, quoiqu'elle ait été abandonnée à toute la liberté de ses mouvements, et que, dans le second, la position de la main pendante dans la flexion hors d'un bandage triangulaire n'a pas empêché qu'au bout de vingt-quatre heures nous ayons trouvé un déplacement aussi prononcé qu'à l'entrée du malade dans nos salles.

Il est donc prudent d'appliquer un appareil pour contenir dans la réduction les fragments d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Pour laisser complétement libres l'articulation radio-carpienne, et, *à fortiori*, celles des os du carpe et des doigts, j'emploie, comme on l'a vu, deux attelles un peu moins larges que l'avant-bras, montant

jusqu'au coude et ne descendant pas au delà de l'extrémité inférieure du radius. Elles sont munies dans toute leur longueur d'une compresse graduée peu épaisse, qui n'a d'autre but que d'amortir la pression sur les parties molles et dont l'une est appliquée sur la face dorsale de l'avant-bras mis dans la pronation, l'autre sur la face palmaire. Elles sont maintenues au moyen de deux bandes de diachylon roulées sur leurs extrémités et laissant à jour tout l'intervalle qui les sépare. C'est, à quelques modifications près, l'appareil de M. Malgaigne; seulement la main n'est pas dans l'extension; elle a la liberté de tous ses mouvements. Le fragment carpien est maintenu immobile par l'attelle postérieure dans la position que lui a donnée la réduction. Le blessé soutient son avant-bras dans une écharpe pendant les premiers jours et se sert, au bout de huit jours environ, de son membre comme s'il n'avait aucun appareil. Par ce moyen se trouve conjuré le danger de la roideur que donnaient les premiers appareils aux articulations du poignet et des doigts et les avantages d'une réduction parfaite sont assurés.

(*La fin au prochain numéro.*)

---

**Remarques sur un cas rare de vice de conformation du vagin guéri par une opération.**

Les faits d'oblitération congénitale du vagin sont nombreux dans la science; mais toutes les observations produites, du moins celles que nous connaissons, sont des exemples de développement anormal de l'hymen. Cette membrane avait acquis dans ces cas de telles dimensions, qu'elle obturait complétement l'ouverture vulvaire et s'opposait à l'écoulement des règles, ainsi qu'aux rapports sexuels. Cette cause n'est pas la seule; l'oblitération congénitale peut également avoir lieu par la fusion des petites lèvres et résulter d'une malformation des parties génitales externes. Malgré l'intérêt que ces faits présentent au point de vue embryogénique [1], notre but, en produisant le cas suivant, est moins de combler la lacune que nous

(1) Sans vouloir aborder ici l'étude de l'évolution des organes génitaux externes, nous devons faire remarquer que l'anomalie dont nous produisons un exemple vient à l'appui d'une des opinions émises par M. Coste: le savant embryologiste, en étudiant le développement de l'appareil génital des brebis, a été conduit à repousser l'analogie qu'on a voulu établir entre les grandes lèvres et le scrotum, et a admis que le clitoris et les petites lèvres forment chez les femelles un système comparable à celui du corps caverneux chez les mâles. Le développement anormal du clitoris et la disposition des petites lèvres soudées chez notre malade réalise le fait prévu par M. Coste.

supposons dans l'histoire des anomalies de l'appareil génital que de montrer les modifications que l'art doit apporter aux procédés mis en œuvre dans les cas d'imperforation de l'hymen. L'opération, dans ces circonstances, est des plus faciles, puisqu'une incision simple, ou cruciale, suffit pour obtenir une ouverture permanente. Dans le cas où l'oblitération vulvaire est le résultat de la fusion des petites lèvres, l'angle inférieur de l'incision doit recevoir un petit lambeau de peau de forme triangulaire afin de former une commissure ; c'est, du reste, la seule particularité opératoire à mettre en relief.

Obs. *Développement anormal du clitoris. — Occlusion de l'ouverture vulvaire par la fusion des petites lèvres formant la paroi inférieure d'un canal dont l'orifice vient s'ouvrir au-dessous du clitoris.* — Louise D*** est née à Saint-Quentin, en 1839, d'un père et d'une mère robustes et bien conformés ; ses deux frères aînés, forts et vigoureux, ne présentent non plus aucune trace d'anomalie congénitale. Le vice de conformation des organes génitaux externes dont cette jeune fille est affectée n'a exercé aucune influence sur son développement. Ses instincts furent ceux des petites filles ; elle recherchait les compagnes de son sexe et jouait à la poupée. Lorsque vint l'époque de la puberté ses seins se développèrent, son bassin s'élargit, et à l'âge de dix-huit ans apparut pour la première fois un flux menstruel, qui dura une journée et fut accompagné de douleurs vives dans le bas-ventre et irradiant dans l'aine droite. Depuis, ce flux sanguin revient régulièrement chaque mois, a la même durée, provoque les mêmes phénomènes ; il s'écoule par un orifice B situé au-dessous de la racine du clitoris, et est toujours mêlé aux urines, ce qui laisse supposer que l'exhalation sanguine est produite par la muqueuse vésicale.

En 1859, Louise D*** avait atteint sa vingtième année, et, comme elle désirait vivement se marier, et que le médecin de sa famille déclarait qu'on ne pouvait rien tenter d'utile pour satisfaire son désir, elle me consulta.

L'examen des parties génitales externes me permit de constater l'état suivant (fig. 1) :

Le clitoris, du volume du petit doigt, long de 4 à 5 centimètres, se termine par un gland à la base duquel, comme dans les cas d'hypospadias, il existe une ouverture par laquelle s'écoule l'urine. En arrière de la couronne du gland, sur le corps de l'organe, existe un repli cutané qui simule un prépuce refoulé. Sous l'influence de la moindre idée lascive, et souvent même spontanément,

cet organe entre en érection d'une façon désagréable pour la malade [1].

De chaque côté du clitoris existent les grandes lèvres, dont le développement est normal ; celle du côté gauche offre à sa partie moyenne un relief dû à la présence de l'ovaire, sorti de la cavité du bassin par le canal inguinal. Cette saillie de la grande lèvre lui

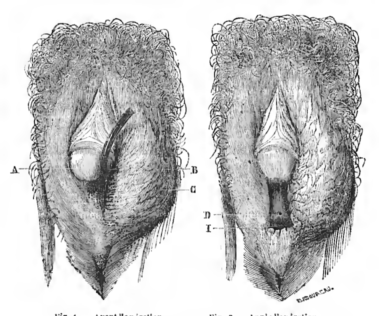



Fig. 1. — Avant l'opération. Fig. 2. — Après l'opération.
A, clitoris. — B, sonde introduite dans l'ouverture vulvaire. — C, ovaire situé dans la grande lèvre. — D, méat urinaire. — I, ouverture du vagin après l'opération.

donne l'aspect de l'une des bourses. Une particularité ajoute un nouveau trait à cette ressemblance. Chaque fois que le clitoris entre

[1] M. Lefort a publié cette observation dans sa thèse de concours pour l'agrégation ; comme les dessins que nous donnons de cette anomalie ne sont pas tout à fait semblables à ceux que notre confrère a produits, quoique ce soit le même artiste qui les ait exécutés, nous devons un mot d'explication. M. Leveillé a copié pour M. Lefort les dessins faits par un des internes de M. Huguier, tandis que ceux intercalés dans notre observation ont été pris sur le moule en plâtre que nous avons présenté à la Société de chirurgie. Préoccupé de la pensée de l'hermaphrodisme, l'interne de M. Huguier a donné au clitoris, dans les figures 1 et 2, un aspect qu'il n'a pas. Quant à la figure 3, toujours de la thèse de M. Lefort, si le vagin eût été aussi court, rien n'eût été plus facile que de constater la présence de l'utérus par le toucher rectal ; or, le col était placé si haut, que ce n'est qu'au second examen et en refoulant le périnée que nous sommes parvenu à nous assurer de l'existence de cet organe.

en érection, on voit un mouvement ascensionnel se produire dans les grandes lèvres, comme si elles étaient doublées d'un muscle cremaster.

Cet ovaire C, que plusieurs confrères considèrent comme un testicule, est un corps ovoïde du volume d'une grosse amande. Il offre la consistance mollasse des organes glandulaires, une pression même légère y détermine de la douleur. A sa partie supérieure, à travers l'épaisseur de la grande lèvre, on constate l'existence d'un petit cordon fuyant sous la pression du doigt ; ce cordon disparaît au niveau de la branche horizontale du pubis.

Lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on ne trouve aucun vestige d'ouverture vulvaire ; celle-ci est remplacée par une cloison formée à l'extérieur par une peau recouverte d'épithélium. Sur la ligne médiane existe un raphé qui se prolonge de la commissure des grandes lèvres à l'ouverture située en arrière du gland du clitoris. Cet orifice permet l'introduction d'une sonde de femme B ; arrivé à 4 ou 5 centimètres, le bec de l'instrument vient se heurter sur une valvule qui l'arrête ; pour franchir cet obstacle et passer sur le bord libre de la valvule, il faut faire exécuter à la sonde un mouvement de bascule. Si on lui substitue une sonde d'homme et qu'on dirige la concavité en arrière, on pénètre à 11 centimètres ; elle n'est pas dans la vessie, car l'urine ne s'écoule pas. Le doigt, placé dans le rectum, sent le bec de l'instrument à travers une paroi peu épaisse. Cette partie de l'instrument peut être mue latéralement dans une certaine étendue. Enfin, si l'on retire la sonde, en ayant soin de boucher le pavillon avec le doigt, on ramène de la cavité vaginale, tantôt un liquide séro-muqueux semblable à celui fourni par les flux leucorrhéiques, tantôt un liquide plus épais, transparent, analogue à la glaire d'œuf, comme celui qu'on observe surtout dans les cas de catarrhe utérin.

De l'ensemble de ces faits, nous n'avons pas hésité à admettre qu'il existait et un utérus, et un vagin, et que, par conséquent, il y avait lieu de pratiquer l'incision de la cloison épaisse qui obturait l'ouverture vulvaire. Mais avant de procéder à cette opération, nous avons voulu prendre l'avis de nos collègues de la Société de chirurgie [1].

Dès notre retour, nous leur avons soumis le moule en plâtre des parties siége du vice de conformation et les motifs qui militaient pour une intervention dans ce cas. Ces éléments ne portèrent pas la

[1] *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1re série, t. X, p. 115.

conviction dans l'esprit de nos collègues et la plupart furent d'avis de s'abstenir.

La jeune personne ne partagea pas cette opinion, car huit jours s'étaient à peine écoulés, qu'elle arrivait à Paris et me suppliait de tout tenter pour remédier à son vice de conformation. Je l'examinai une seconde fois, et, après m'être assuré de nouveau, à l'aide de la sonde, du peu d'épaisseur de la cloison vulvaire, et par le toucher rectal de l'existence de l'utérus, je songeai à réaliser ses désirs.

Cette jeune personne n'ayant aucun parent ici, je la fis admettre à l'hôpital Beaujeon dans le service de M. Huguier. J'avais vu ce chirurgien pratiquer en ma présence un vagin artificiel avec une grande habileté sur une jeune fille de Mouy, et je ne doutais pas un instant qu'il n'obtînt un nouveau succès chez ma protégée.

L'opération convenue est pratiquée le 10 décembre 1859. On introduit par l'orifice une sonde dont la courbure est dirigée en avant, et l'on divise les parties molles situées en avant de l'instrument jusqu'à 2 centimètres de l'anus. Cette incision met à découvert: 1° l'orifice du vagin, à l'entrée duquel se trouve une valvule formée par la muqueuse froncée qui forme une sorte d'hymen. C'est cette membrane qui formait obstacle à l'entrée de la sonde; 2° le méat du canal de l'urètre situé au-dessus et sur un plan un peu plus reculé. Une algalie introduite par cet orifice donne issue à une quantité assez considérable d'urine.

Deux autres incisions, partant de l'extrémité anale de la première et se dirigeant à droite et à gauche sur la peau des fesses, de manière à simuler un V renversé, permettent de réunir les bords de la première incision avec la muqueuse qui tapisse l'ouverture vaginale. Un troisième point de suture au niveau de la fourchette réunit la muqueuse à la peau.

Pour tout pansement, on introduit une mèche dans le vagin.

23 *janvier*. — Une sonde de femme est introduite dans le vagin et par le toucher rectal on reconnaît le chemin qu'elle parcourt, qui est de plusieurs centimètres; on lui substitue un dilatateur qui, écartant latéralement les bords de l'ouverture du canal, laisse voir l'éperon qui existe sur sa paroi postérieure.

4 *février*. —La malade a ses règles, elles sont très-douloureuses, comme toujours. Le sang ne sort pas par le vagin, mais il est rendu avec les urines. Celles-ci présentent la couleur de lavure de chair. Examinées au microscope par M. Gubler, ce médecin y constate des globules sanguins très-abondants. L'acide nitrique y décèle la présence de l'albumine. Cet écoulement dure seulement vingt-quatre

heures, comme d'habitude, et il est accompagné et suivi de douleurs abdominales.

15 *février*. — L'introduction de mèches, dont le volume est assez considérable, n'amenant pas une ampliation bien sensible de l'orifice vulvaire, et l'action du dilatateur provoquant toujours la déchiruro de quelques fibres de cette ouverture, M. Huguier se décide à faire une seconde opération. Il pratiqua donc deux nouvelles incisions d'environ 3 centimètres à la partie inférieure et latérale de l'orifice vulvaire et s'étendant sur le tégument de chacune des fesses, puis une troisième intéressant dans une longueur de 1 centimètre la portion périnéale.

Un petit spéculum, immédiatement introduit dans le vagin, permet de constater l'existence d'un col utérin peu développé, il est vrai, mais bien conformé et percé à son centre d'une ouverture très-étroite.

On place une sonde à demeure dans la vessie, un tampon dans le vagin, et le tout est maintenu au moyen d'un bandage en T. Ce pansement, à l'exception de la sonde qui est retirée de la vessie quelques jours après, est continué jusqu'à la cicatrisation complète des parties.

10 *avril*. — La malade, complétement guérie, demande à sortir. L'orifice vulvaire permet facilement l'introduction du doigt indicateur et celle du spéculum (fig. 2). On constate que le col de l'utérus est dirigé en bas et à gauche. Un stylet introduit dans l'ouverture du col pénètre d'environ 1 centimètre dans la cavité de cet organe. Enfin, l'orifice anal est placé sur un plan plus antérieur qu'avant l'opération.

En quittant l'hôpital, et avant de retourner chez elle, Louise D*** vint me voir et me demander le moyen de se débarrasser des coliques abdominales qu'elle ressent à l'époque de ses règles, car c'est le seul accident qui lui reste de son ancien état.

L'exhalation se produisait à la surface de la vessie, cela n'était plus douteux ; mais quelques gouttes de sang ne s'écoulaient-elles pas aussi, en même temps, par l'ouverture du col, puisqu'elle n'était pas obturée ? J'avais prié qu'on examinât ce point pendant les vingt-quatre heures que durait l'écoulement menstruel, malheureusement on a omis cet examen pendant son séjour à l'hôpital, et, depuis, il m'a été impossible de m'assurer si ce fait existait.

Toutefois, le point capital pour le traitement de ces coliques m'était acquis, et cet élément, joint aux autres symptômes qu'éprouvait la malade, traçait la marche à suivre. Dès que les douleurs menstruelles apparaissaient, elle éprouvait des envies très-fréquen-

tes d'uriner, les urines devenaient brûlantes, elles se fonçaient en couleur jusqu'au moment où, suivant l'expression de la jeune personne, elle rendait du sang presque pur. Après comme avant cette excrétion menstruelle, les urines laissaient déposer un peu de mucus blanchâtre.

Ces phénomènes, persistant après l'opération, ne laissaient aucun doute sur le siége de l'exhalation sanguine et sur la cause des douleurs abdominales.

Je songeai à les combattre par l'emploi du poivre de cubèbe et j'engageai la malade à prendre une dose de 2 grammes de ce médicament dès que les premiers symptômes du molimen menstruel apparaîtraient, puis de répéter la dose trois fois dans la journée, en laissant entre chacune d'elles un intervalle de trois heures. J'espérais, en rendant les urines médicamenteuses pendant toute la durée de l'exhalation sanguine, prévenir l'apparition du ténesme vésical. C'est ce qui arriva. J'ai rendu compte, ailleurs (1), du résultat de cet essai, et il me suffit de rappeler ici que, chaque fois que cette jeune personne fait usage du cubèbe, les douleurs sont prévenues, ou disparaissent si elles existent.

Trois années se sont écoulées depuis que Louise D*** a subi son opération, et une lettre récente m'apprend qu'elle n'a rien perdu des premiers bénéfices qu'elle en avait obtenus.

Si l'espace ne nous faisait défaut, nous dirions un mot des apparences d'hermaphrodisme offertes par cette fille : ici, comme dans la plupart des cas de ce genre, la mort du sujet viendra seule révéler la vérité sur les particularités que présente la conformation de son appareil génital. Nous ferons toutefois remarquer que, dans aucun des faits très-rares où l'on a constaté la présence simultanée d'un ovaire et d'un testicule, on n'a jamais observé une conformation des parties génitales aussi régulières que chez notre malade. La fusion des petites lèvres détruite par l'incision, nous avons retrouvé toutes les conditions d'un appareil normal, à l'exception de cet organe glandulaire contenu dans la grande lèvre droite. Or, rien ne démontre que ce soit un testicule plutôt qu'un ovaire, et, d'ailleurs, l'analogie de forme ne saurait faire admettre l'identité de fond ou de destination.

Enfin, la personnalité de notre malade ne saurait être douteuse, car, dans les divers cas d'hermaphrodisme, même latéral, on a tou-

---

(1) Coup d'œil sur certaines propriétés peu connues du cubèbe (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXI, p. 17).

jours noté chez ces sujets une grande indifférence pour les rapports sexuels, tandis que notre malade use très-largement, m'écrit-on, du service que l'art lui a rendu. DEBOUT.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Vin de présure comme succédané de la pepsine.

L'infidélité de l'action de la pepsine livrée par le commerce, en Angleterre, a suggéré à M. Ellis l'idée de lui substituer un vin de présure préparé de la manière suivante :

On prend un estomac de veau très-frais, on en retranche le cardia et on essuie soigneusement la face interne, en évitant d'enlever le mucus limpide qui le recouvre ; puis on le coupe en petits morceaux, que l'on met dans une bouteille qu'on remplit de vin de Xérès. On laisse macérer pendant trois semaines.

Ce vin est administré à la dose d'une cuillerée à café dans un verre d'eau, immédiatement après les repas, dans les cas où la pepsine est indiquée.

Si on voulait remplacer le xérès par un bon vin blanc français, il faudrait remonter celui-ci avec un dixième d'alcool et y ajouter un peu de sucre ; sans cette précaution ce vin ne se conserverait pas.

### Potion contre la diarrhée.

Dans le traitement de la diarrhée, on pense trop au sous-nitrate de bismuth et pas assez à l'association des astringents et des opiacés. Voici deux formules de potions recommandées par M. Delioux ; nous croyons utile de les placer sous les yeux de nos lecteurs.

| | |
|---|---|
| Extrait de ratanhia.................... | 2 à 4 grammes. |
| Laudanum de Sydenham................ | 1 gramme. |
| Hydrolat de cannelle.................. | 30 grammes. |
| Eau gommée et sucrée................. | 200 grammes. |

Préparez sans filtrer.

Pour les cas légers, on peut se contenter des proportions suivantes :

| | |
|---|---|
| Sirop de ratanhia...................... | 30 grammes. |
| Laudanum de Sydenham............... | 50 centigrammes. |
| Hydrolat de cannelle.................... | 20 grammes. |
| Eau simple............................ | 150 grammes. |

Le sirop de ratanhia contient 1 gramme d'extrait par 30 grammes.

Ces potions sont d'un goût agréable, qui plaît généralement aux malades. La seconde conviendra aux enfants, mais en diminuant le laudanum en proportion de l'âge.

---

**Procédé très-simple pour la conservation des sirops.**

Ce procédé très-simple, signalé par M. Lachambre, consiste à tenir couchée pendant quelques heures la bouteille pleine de sirop, de manière à bien imprégner le bouchon du liquide sucré, et à la redresser ensuite.

---

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**De la fève de Calabar et de ses propriétés antimydriatiques.**

Le *Bulletin de Thérapeutique* doit à ses lecteurs les prémices de tous les travaux qui se produisent sur les substances médicamenteuses nouvelles ; mais ce qu'il désire leur fournir par-dessus tout, ce sont des renseignements exacts et précis. Témoin des essais que je tente dans mon service à l'hôpital des Enfants avec une substance nouvellement expérimentée en Angleterre, comme anti-mydriatique, la fève de Calabar (*Calabar bean*), vous m'avez prié de me charger de cette tâche. Je cède volontiers à votre désir.

La plante qui fournit cette graine appartient à la famille des légumineuses, section des *papilionacées ;* son nom botanique est *physostigma venenosum*. Dans le pays où on la récolte, elle est connue sous le nom d'*éseré*.

Le professeur Balfour en a donné une description assez détaillée, avec planches, dans le 22e volume des *Transactions* de la Société royale d'Edimbourg.

On savait que le fruit de cette légumineuse était un poison; le professeur Christison l'avait étudié à ce point de vue, et avait publié, en 1855, un mémoire dans le *Monthly journal of Edimburg* (n° 3, p. 193).

Mais on ne connaissait pas ses propriétés antimydriatiques : celles-ci ont été découvertes récemment par le docteur Th. R. Fraser, et décrites dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1862 à Edimbourg. Couronné par l'Université de cette ville, ce travail se publie en ce moment dans le *Edimburg med. journal* (juillet 1863). Le docteur Fraser y met hors de doute la propriété que possède l'extrait de la fève de calabar de contracter la pupille.

Plus tard, le docteur Argyll Robertson communiqua à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg le résultat de ses expériences, confirmatives de celles du docteur Fraser (*Edimburg. med. journal*, mars 1863, p. 815 et 860).

Enfin, MM. Bowman et Stolberg Wells, à Londres, ont constaté que une ou deux gouttes de solution d'extrait de fève de Calabar instillées entre les deux paupières, détermine la contraction rapide de la pupille, que ce phénomène s'opère au bout de très-peu de temps.

De son côté le professeur Harley rappela à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres les propriétés toxiques de cette substance.

La fève de Calabar n'est pas connue chez nous : il ne m'a pas été possible d'obtenir des renseignements précis auprès de nos botanistes les plus éminents, et je renonçais presque à l'espoir de m'en procurer, lorsque, grâce à l'extrême obligeance du docteur Fraser, et à l'empressement de M. Bourjeaurd, j'ai pu avoir un certain nombre de ces fèves, et en essayer l'extrait.

Voici le résultat de mes expériences : sur huit enfants de l'âge de trois, quatre, six, douze et treize ans, chez lesquels la pupille présentait une dimension assez grande, une goutte de solution d'extrait dans la glycérine, introduite entre les deux paupières au moyen d'un petit pinceau, détermina, quelques minutes après, une contraction manifeste de l'iris ; la pupille avait sensiblement diminué de dimension ; au bout de quinze à vingt minutes, cette contraction était portée au maximum, la pupille avait à peine un demi-millimètre de diamètre. Quelques-uns des enfants chez lesquels cette application a été faite avaient eu dans la matinée la pupille dilatée au moyen de l'atropine, et cette ouverture, au moment de l'expérience, était aussi dilatée que possible ; vingt minutes après, sa dimension étaient réduite au minimum. Ces résultats ont été constatés par mes collègues MM. Roger et Debout, et par M. Reveil, pharmacien en chef de l'hôpital, ainsi que par toutes les personnes qui suivent le service. Vingt-quatre heures après, la pupille contractée était revenue à son premier état.

La propriété de faire contracter la pupille, que possède cette substance, peut assurément offrir un emploi avantageux dans certaines affections de l'œil. Je me borne, pour le moment, à ces détails, me proposant de continuer mes études sur cet important sujet.

GIRALDÈS.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

De la cautérisation ammoniacale de l'arrière-bouche dans un cas de hoquet hystérique très-opiniatre. Efficacité immédiate et guérison, a deux reprises différentes, chez la même malade. — C'est une vérité malheureusement vulgaire, en médecine, qu'il n'y a pas de maladies plus propres à créer des difficultés et des embarras à la pratique que les maladies nerveuses. La mobilité extrême et la variété infinie de leurs manifestations, leur aptitude singulière à changer de forme et à se déplacer au lieu de disparaître; le retentissement habituel qu'elles ont sur la portion morale de l'individu affecté, etc., etc., constituent autant de conditions défavorables aux efforts de la thérapeutique, surtout d'une thérapeutique rationnelle. Aussi, lorsque, à bout de moyens et dérouté, en quelque sorte, par l'invincible ténacité de semblables accidents, le médecin vient à recevoir des mains du hasard ou à puiser dans des analogies plus ou moins prochaines une ressource d'une efficacité réelle, quoique inattendue, combien doit-il s'estimer heureux ! Cette bonne fortune vient de se réaliser entre les mains de M. Levi, interne à l'hôpital Necker. Nous devons à ce distingué confrère la relation très-intéressante d'un fait dans lequel un *hoquet* très-opiniâtre, se rattachant, d'ailleurs, à une affection nerveuse complexe, de nature évidemment hystérique, a cédé, sur-le-champ, à une seule *cautérisation ammoniacale* de l'arrière-bouche, après avoir résisté à toute la série des moyens rationnels dirigés non-seulement contre ce phénomène spasmodique, mais encore contre l'état général de la malade. Mais laissons parler l'observation elle-même, très-remarquable aussi au point de vue nosologique proprement dit.

*Obs.* Le 7 mai, R*** (Virginie), âgée de trente et un ans, de tempérament lymphatico-nerveux, institutrice, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde.

Cette malade n'a eu qu'une bronchite, pendant six semaines, vers l'âge de vingt-cinq ans. A dix-sept ans, la menstruation s'est facilement établie, et elle s'est toujours accomplie régulièrement. Jusqu'à l'année 1858 aucun accident chloroanémique ni hystérique n'est venu se montrer. A cette époque, notre malade se trouvant en Pologne, dans une maison de campagne, est saisie subitement, une nuit, d'une frayeur très-grande, en voyant son habitation envahie par les flammes et sa vie en grand danger. Ceux qui lui vinrent en aide furent obligés de lancer sur elle une grande quantité d'eau ; elle

put, de la sorte, se soustraire toute mouillée, à l'incendie, et elle passa, assure-t-elle, le reste de la nuit en plein air, sans changer de vêtements. Le lendemain, et surtout les jours suivants, elle fut en proie à des phénomènes nerveux intenses, caractérisés surtout par des accidents gastralgiques, des palpitations de cœur violentes, des douleurs lombaires, des bâillements, et par-dessus tout un *hoquet* si fatigant, que la malade était obligée de se tenir presque constamment dans la position horizontale. Ce hoquet était à chaque fois précédé d'une sensation d'anxiété, d'oppression siégeant d'abord à l'épigastre et remontant peu à peu vers la partie supérieure du cou. Rarement la malade passait un jour ou deux sans être tourmentée par cette convulsion diaphragmatique, laquelle, ordinairement, ne cessait qu'une heure ou deux pendant le jour. Le sommeil était trois ou quatre fois interrompu, chaque nuit, par ce même spasme, ce qui ajoutait encore aux causes d'affaiblissement. La vérité est que la malade était en proie à des désordres nerveux de plus en plus prononcés, à un abattement, à un découragement profonds, à une inaptitude pour toute espèce d'occupation. Plusieurs médecins de la Pologne et de l'Allemagne, tour à tour consultés, l'ont soumise, sans grand avantage, dit-elle, aux préparations de fer, aux alcalins, à quelques laxatifs, et l'ont même envoyée, en pure perte, à quelques stations thermales, celle de Carlsbad entre autres.

En 1861, trois ans environ après le début des accidents, elle entre, au mois de novembre, à l'hôpital Necker, dans le service de M. N. Guillot. Là, fut essayé tour à tour l'emploi des ventouses sèches et des vésicatoires volants à l'épigastre, des frictions avec l'huile de croton, des douches froides, des antispamodiques et particulièrement l'éther, le hoquet n'en persista pas moins, et, à ce qu'il paraît, de plus belle. C'est alors qu'on eut, pour la première fois, l'idée vraiment heureuse de pratiquer une cautérisation ammoniacale du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx, laquelle, tout en causant une angine assez intense, pendant deux jours, empêcha, *à l'instant même*, le retour du hoquet. A partir de ce moment, les autres symptômes s'amendèrent de plus en plus, et la malade put quitter l'hôpital en assez bonne santé, au bout d'un mois de séjour. Pendant environ une année, Mlle R*** (Virginie) alla très-bien, mais au mois de décembre dernier, sa santé fut de nouveau éprouvée.

Les symptômes déjà signalés d'une gastralgie accompagnée de bâillements et de hoquet ne tardèrent pas à réapparaître, et c'est dans ces conditions que la malade entra de nouveau à l'hôpital Necker, service de M. Vernois, où nous l'avons observée. Le hoquet,

qui était continu, devenait surtout fatigant après l'ingestion de quelques aliments, et il était alors tellement bruyant, que le repos des malades voisins en était troublé. Il nous a été permis de constater que ce phénomène se manifestait jusqu'à cinq ou six fois en peu de minutes. Boissons amères et toniques, vins de Bordeaux et de quinquina, bicarbonates alcalins, laxatifs, hydrothérapie, poudre de valériane, vésicatoires volants à l'épigastre, tels furent les moyens employés, pendant les premiers quinze jours de son séjour à l'hôpital, soit concurremment, soit successivement, sans modification sensible du spasme diaphragmatique.

Le 22 mai, la malade est chloroformée, ce qui fait cesser le hoquet ce jour-là, à la grande satisfaction de la malade. Nouvelle chloroformisation le lendemain, mais sans bénéfice.

Le 24 mai, nous fîmes un badigeonnage du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx avec l'ammoniaque liquide coupée d'un tiers environ de son volume d'eau. Il s'ensuivit immédiatement un degré médiocre de spasme du larynx pendant 1 à 2 minutes, accompagné de quelques vomiturations. Le soir on constata de la simple angine érythémateuse, laquelle, le lendemain, avait déjà presque disparu. *Le hoquet fut enrayé immédiatement après l'application ammoniacale*, et, depuis ce moment, la malade a vu s'atténuer successivement et rapidement tous les autres accidents auxquels elle était en proie, et sa santé générale s'améliorer d'une façon remarquable.

A part l'intérêt pratique incontestable qui s'attache à cette application thérapeutique nouvelle, quelque empirique qu'elle soit, d'ailleurs, elle nous paraît emprunter encore une autre importance à un fait qui ressort de l'observation précédente, c'est que la cessation individuelle d'un phénomène relevant, du reste, de l'état morbide général a amené, par deux fois, l'amélioration presque complète de ce dernier. Il se peut donc qu'un ensemble de manifestations symptomatiques plus ou moins graves se trouve subordonné à un accident unique prédominant, auquel cas *le traitement du symptôme* n'est pas sans avoir sa raison d'être.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

### REVUE DES JOURNAUX.

**De l'emploi de l'eau de Seltz à l'extérieur.** Les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique paraissent avoir été signalées pour la première fois à la fin du dernier siècle, par Ingenhous ; mais c'est en réalité, à M. Mojon, de Gênes, que, l'on doit ses premières applications

thérapeutiques, et il y a près de trente ans que le *Bulletin* (t. VII, p. 350, et t. XIII, p. 205) signalait, d'après cet auteur, l'utilité des douches ou fumigations d'acide carbonique pour *combattre l'aménorrhée et certaines douleurs urinées qui précèdent l'évacuation menstruelle.* Des recherches récentes, favorables à la réalité de son action et dues particulièrement à MM. Follin, Demarquay, Ch. Bernard, Simpson, Scanzoni, etc., semblaient faites pour accréditer, plus qu'il ne l'est en réalité, son usage dans la pratique; et cependant peu s'en faut qu'il ne soit complétement oublié aujourd'hui. Frappé de cet abandon, M. le docteur Constantin Paul croit en trouver le motif dans les difficultés matérielles ou autres qu'il y a à se procurer les appareils destinés jusqu'ici à son administration. M. le docteur Paul, pensant qu'on pouvait, avec les mêmes avantages, substituer à l'usage de l'acide carbonique isolé en gaz celui de l'eau tenant ce dernier en suspension, l'eau de Seltz artificielle, par exemple, a trouvé un moyen tout naturel de son application dans le simple et vulgaire siphon d'eau de Seltz. Pour approprier cet appareil à l'usage particulier dont il s'agit, il suffit de lui faire subir la petite modification suivante : adapter au tube projecteur une vis conique en étain, sur laquelle on peut visser toute espèce de canule à injection en gomme. Ce petit ajutage n'est, en somme, autre chose qu'un porte-canule. Le mode d'application de cet appareil, qui, ainsi modifié, ne coûte pas plus de 1 franc 25 centimes, est des plus simples. Une seule précaution importante à prendre, c'est, lorsqu'on veut donner une douche avec force, de soutenir la canule au niveau de l'angle de courbure, parce que la force du jet, tendant à redresser l'instrument, peut faire sortir la canule du vagin. On trouve également dans cet appareil et dans son contenu ordinaire (eau chargée d'acide carbonique) toutes les conditions pour administrer d'une façon commode et simple la douche ascendante vaginale. Ajoutez que, de la sorte, la douche est anesthésique en même temps que détersive. M. le docteur Constantin Paul, qui a expérimenté ce moyen un grand nombre de fois avec des résultats favorables, pense qu'on pourra se trouver bien de son emploi dans les cas suivants : 1° dans le prurit et les spasmes du vagin; 2° dans la dysménorrhée avec congestion utérine, pour faire taire les douleurs qui précèdent l'établissement du flux menstruel; 3° dans les cas de déviation utérine, surtout dans ceux de flexion du corps sur le col; 4° dans les ulcérations fongueuses du col; 5° dans les ulcérations cancéreuses; 6° pour stimuler le travail dans les accouchements trop lents; 7° d'après les observations du docteur Simpson, dans la cystite du col chez la femme; enfin l'eau de Seltz pourra être donnée avec succès dans certaines dysenteries chroniques. (*Gaz. des hôpit.*, juin 1863.)

---

**Traitement des douleurs névralgiques, rhumatismales, etc., par la vésication volante morphinée.** C'est ainsi que M. le docteur Legros, d'Aubusson, désigne une méthode nouvelle, qu'il propose contre les névralgies et les douleurs de diverse nature, et qu'il se croit autorisé à dire *meilleure* que toutes les autres. Quoique un peu entachée de paternité, cette déclaration mérite de fixer l'attention, d'autant plus que l'auteur a expérimenté sur lui-même sa nouvelle méthode dans un de ces cas de sciatique rebelle dont nous parlions tout récemment encore à propos de tentatives nouvelles de M. le professeur Trousseau. — Tout en s'appuyant sur les principes de la méthode endermique, à laquelle il adresse d'ailleurs des reproches violents et peut-être un peu exagérés, M. le docteur Legros se propose d'atteindre le même but que celle-ci, mais en évitant ses inconvénients et ses dangers. Il emploie pour cela le *glycérolé de morphine*, soit seul, soit associé au vésicatoire volant. Le glycérolé *seul* a paru suffire pour calmer des douleurs superficielles chez des *femmes à peau fine et délicate*. Cependant, pour obtenir un effet plus certain, il faut avoir recours au vésicatoire; mais M. Legros associe immédiatement à celui-ci le glycérolé de morphine, en couche légère, de façon à obtenir un effet simultané d'absorption et de vésication : en d'autres termes, il n'attend pas que la vésication soit produite pour faire l'application de la préparation narcotique. Dans ces conditions, on évite plus sûrement, selon M. Legros, les dangers qui peuvent provenir d'une absorption trop rapide de la substance toxique; et cet auteur dit n'avoir jamais observé des accidents de cette nature,

soit sur lui-même, soit sur ses malades, bien qu'il lui soit arrivé de porter la dose du sel de morphine dissous dans la glycérine jusqu'à 6 ou 8 centigrammes, et même une fois jusqu'à 10 centigrammes. — Si le malade est un homme *à peau épaisse et dure*, M. Legros remplace le glycérolé de morphine par une solution de sulfate de morphine dans quelques gouttes d'eau de Rabel (acide sulfurique alcoolisé), et en recouvre la surface d'un vésicatoire. C'est une association de la méthode endermique et de la méthode de Legroux, et un effet sûr et énergique ne peut que résulter de cette association. — Enfin, lorsqu'il s'agit de procurer à tout prix un soulagement immédiat, M. Legros conseille de se servir, pour produire la vésication, de l'ammoniaque, dans laquelle on a fait dissoudre au préalable la quantité voulue de sel de morphine. On imbibe de cette solution la surface tomenteuse d'une rondelle d'amadou (procédé Boniface), puis on recouvre le tout d'une rondelle sèche, et l'on surveille avec soin l'effet local de l'ammoniaque. C'est là ce que M. Legros appelle la *vésication volante morphino-ammoniacale.* Quand l'effet de celle-ci est produit, il panse avec le glycérolé de morphine.— Tels sont les principaux moyens qui constituent la méthode de M. Legros. Il en appelle, pour la juger, à l'expérience de ses confrères, et c'est pourquoi nous nous empressons de la porter à leur connaissance. Mais, en attendant que cette expérience ait parlé, qu'il nous soit permis de faire observer que, pour une portion au moins, cette méthode ne diffère pas autant que M. Legros paraît le penser de la méthode endermique, puisque, comme dans celle-ci, la vésication complète doit être produite, et que M. Legros lui-même compte sur l'effet révulsif qui en résulte. D'un autre côté, il serait facile de montrer, en renvoyant à ce recueil même, que l'application des préparations morphinées, sous forme de glycérolé, n'est pas nouvelle. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1863.)

---

**Des accidents causés par le développement des dents de sagesse.** Le *Bulletin* a déjà entretenu ses lecteurs de ce genre de faits (t. LVI, p. 250), à l'occasion d'une conférence clinique faite par Robert, à l'Hôtel-Dieu, sur ce sujet essentiellement pratique. Nous y reviendrons néanmoins : il est de ceux qu'il est bon de ne jamais perdre de vue ; car, d'une part, beaucoup de praticiens peuvent rester des années sans rencontrer un seul accident de cette nature, et, d'un autre côté, quand il en existe, ils n'ont pas toujours des caractères propres à en faire reconnaître immédiatement le point de départ, chose essentielle pourtant, puisque là seulement est la source de l'indication curative.

C'est ainsi que la gêne qu'éprouve la dernière molaire, surtout inférieure, dans son évolution, par suite de la déviation, du refoulement, de l'étranglement en quelque sorte de son follicule entre la molaire précédente et la branche du maxillaire peut donner lieu à des douleurs durant des mois et même des années, qui pourraient parfaitement être prises pour des douleurs névralgiques, tandis qu'en réalité elles sont presque toujours l'expression d'une inflammation chronique de l'os de la mâchoire. D'autres fois on observe des angines pouvant s'accompagner de surdité, qui durent indéfiniment ou se reproduisent à chaque instant, et qui n'ont pas d'autre cause que l'irritation causée dans les parties de l'arrière-bouche par le fait du travail de la dentition entravé. Robert a cité des exemples semblables, et M. Icard en rapporte à son tour. Mais les plus sérieux que fait connaître ce dernier auteur consistent dans deux cas de fistules faciales consécutives à des abcès déterminés par la cause qui nous occupe, fistules qui étaient sans doute entretenues par une ostéite circonscrite du maxillaire et qui, après avoir résisté à tous les moyens, se sont guéries très-rapidement, en quelques jours, après l'extraction de la dent de sagesse.

C'est là, en effet, le seul parti qu'il y ait à prendre dans beaucoup de cas ; mais l'opération n'est pas toujours facile, à cause de la gêne que la douleur, le gonflement des tissus apportent à l'ouverture de la bouche : parfois, il est nécessaire, pour arriver à la dernière molaire, de sacrifier la pénultième, et M. Icard en rapporte deux exemples. Dans d'autres cas, plus favorables, il n'est pas nécessaire d'en venir à ces extrémités, et il suffit de débridements opérés à propos, ou bien de l'excision d'une portion de gencive, ou même encore de la cautérisation d'une ulcération et de l'usage de collutoires calmants pour voir les accidents se calmer et prendre fin.

(*Mém. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1862.)

**Cas d'affections diverses symptomatiques de carie dentaire, et cédant après l'extraction des dents malades.** Des faits qui précèdent on peut rapprocher les suivants, qui ont été observés et que rapporte M. S.-A. Parker, chirurgien dentiste à Queen's Hospital : ils montreront de nouveau, car ce sont là des choses connues mais qui ne perdent rien à être répétées, de quels accidents secondaires les affections dentaires peuvent devenir le point de départ.

Dans quelques-uns de ces cas, il s'agit, chose ordinaire, de douleurs névralgiques ayant résisté à tous les moyens de traitement usités habituellement et qui ne furent guéries qu'après l'extraction de plusieurs chicots, ou, comme dans les faits de M. Icard, de fistules entretenues par la présence de semblables lésions et qui ne guérirent également qu'après que le traitement eût été institué en vertu du précepte *sublata causa, tollitur effectus*.

Mais les exemples les plus intéressants entre ceux rapportés par M. Parker, sont les deux suivants :

Dans un premier cas, chez une femme de cinquante-sept ans, venue pour se faire extraire une dent, et qui se plaignait de surdité et de bourdonnements dans la tête et les oreilles, M. S.-A. Parker, ayant remarqué que la malade rapportait le début de ces symptômes à la même époque où elle avait commencé à souffrir de carie dentaire, soupçonna cette dernière maladie d'en avoir été le point de départ. Il y avait dans la bouche plusieurs dents malades, dont quelques-unes étaient découronnées ; la malade ayant consenti à en laisser faire l'extraction en quatre séances, les bruits et la surdité diminuèrent peu à peu, et finalement, l'ouïe, sans retrouver sa première finesse, se trouva restaurée à un degré extrêmement satisfaisant.

Le second exemple est un cas d'affection des yeux, reconnaissant pour point de départ une maladie dentaire, ou, du moins, pour exprimer les faits tels qu'ils se sont présentés, guéri à la suite de l'extraction de dents malades. Le sujet, compositeur typographe, employant depuis longtemps des caractères très-fins et souvent obligé de travailler à la lumière, éprouvait depuis quelque temps une irritation des yeux avec obscurcissement de la vision et douleur fréquente au sommet de la tête, symptômes qui le gênaient dans son travail et l'avaient même obligé de le suspendre. Souffrant en même temps du mal de dents, il vint au dispensaire pour se faire extraire celle qui lui paraissait douloureuse. C'était la première molaire supérieure droite, qui était gâtée, en partie poussée hors de son alvéole et très-sensible au moindre attouchement : au moment de l'extraction, le patient accusa de la douleur dans l'œil correspondant, d'où il s'écoula un flot de larmes. Plusieurs racines cariées furent également enlevées, et à la suite de ces opérations le malade cessa de souffrir de la tête et des yeux et éprouva une grande amélioration de la vision. (*British med. Journ.*, mai 1863.)

**Importance des indications résultant du génie propre à chaque maladie épidémique.** Si la thérapie des maladies sporadiques ne peut être déterminée d'avance, de manière à être appliquée invariablement à tous les cas et à tous les sujets, si c'est une loi et un précepte à ne jamais perdre de vue qu'il faut en médecine pratique tenir compte des éléments particuliers à chaque cas et des conditions inhérentes à chaque individu, c'est une loi aussi et un précepte non moins importants, dont nos prédécesseurs nous ont légué la tradition et dont les bons observateurs ont reconnu la vérité, que le traitement des maladies épidémiques ne saurait non plus être réglé *à priori*. Chaque épidémie, encore bien que les phénomènes fondamentaux soient les mêmes, se distingue entre celles du même nom par des caractères d'où résultent des indications différentes. C'est pour cette raison que l'Hippocrate anglais a enseigné que ce n'était qu'après des tâtonnements et des mécomptes qu'il arrivait à formuler un traitement, et que les mêmes remèdes qui auront guéri les malades une année les conduiront peut-être au tombeau l'année suivante.

Ce précepte, M. le docteur Vernay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en a tenu compte, et avec grand avantage, dans l'épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans cette ville vers le milieu du printemps dernier. D'après les remarques de cet observateur distingué, le cachet spécial imprimé par le génie épidémique aux cas qu'il a eus à traiter, et à ceux de plusieurs

de ses collègues, d'après ce qui lui a été rapporté, s'est révélé par des phénomènes d'hyposthénie qui nécessitaient l'emploi des toniques près du début de la maladie. Les preuves de cette prédominance de l'adynamie se montraient dans la faiblesse du pouls, dans ses variations rapides, dans l'état de la peau souvent froide ou baignée d'une sueur profuse, dans la pâleur de la langue et des muqueuses, dans divers symptômes nerveux, délire non violent mais tranquille, abattement profond, défaillances, céphalalgie avec vertiges, mais sans fluxion sanguine, accès rémittents. Elle était encore prouvée par le mauvais effet des hyposthénisants, tels que les antimoniaux, alors qu'une complication vers la poitrine semblait en indiquer l'emploi, et même de simples évacuants qui, dans les cas sporadiques, forment la base du traitement le plus généralement adopté. C'est en recourant de bonne heure aux toniques alimentaires et médicamenteux, bouillon, vin, quinquina, sulfate de quinine, auxquels il ajoutait les révulsifs cutanés quand quelque accident cérébral ou thoracique venait en fournir l'indication, que M. Vernay est arrivé à ne perdre qu'un seul malade sur vingt-neuf cas, dont douze intitulés graves.

« Il est dangereux, dit notre confrère en forme de conclusion, d'aborder une épidémie avec un traitement préconçu, et d'avoir fait, comme on dit, son siége d'avance ; mais il faut incliner vers la médication tonique. On peut dire, presque à coup sûr, que les méthodes qui réussissent dans une maladie à l'état endémique auront des effets moins avantageux ou nuisibles dans la même maladie à l'état épidémique. Lorsqu'une épidémie éclate, il faut la considérer comme une espèce d'individualité morbide à laquelle il conviendra d'appliquer non les traitements ordinaires, mais un traitement spécial, et c'est dans l'histoire des épidémies semblables qu'il faudra chercher des précédents et des leçons. » (*Soc. imp. de méd. de Lyon, in Gaz. méd. de Lyon*, juin.)

---

**Traitement du céphalématome du nouveau-né par la ponction avec le trocart explorateur.** Le céphalématome est une affection habituellement bénigne. Abandonné à lui-même, sa tendance naturelle est de se résorber et de guérir spontanément, lorsque rien ne vient entraver sa marche ; aussi l'expectation est-elle, dans l'état ordinaire des choses, la meilleure conduite à tenir en face d'une tumeur de cette espèce. — Mais ce n'est point là une règle absolue, et l'expérience a démontré que les céphalématomes volumineux peuvent, comme toute tumeur sanguine semblable, donner lieu aux accidents les plus graves, résultant de la longue durée du travail naturel d'absorption, et qu'il est du devoir du chirurgien de prévenir. Les procédés habituellement mis en usage, tels que séton, cautérisation, incision, injection, etc., quoique comptant des résultats heureux, et le tome LI, p. 471 de ce recueil en renferme un remarquable exemple, ne sont pas, il faut l'avouer, exempts de tout danger : des accidents graves et même la mort en ont été la suite. — Frappé de ces inconvénients, M. le docteur Isnard, de Gemenos (Bouches-du-Rhône), vient de faire connaître un procédé qui se recommande tant par sa simplicité que par son innocuité, et auquel il a eu recours dans le cas suivant, chez un enfant de quatorze jours, atteint de céphalématome sous-péricrânien volumineux. M. Isnard, choisissant le moment où l'enfant sommeille, introduit, par un mouvement rapide, un *trocart explorateur* dans le sommet de la tumeur. Douleur nulle, car le petit malade n'est pas réveillé. Issue facile par la canule de 45 grammes environ de sang noirâtre, très-légèrement épaissi. L'enfant se réveille alors, et prend sans pleurs et sans hésiter le sein de sa nourrice. L'instrument retiré, la piqûre est rendue presque imperceptible par le retrait de la peau. Quelques bandelettes agglutinatives, étendues et croisées sur la bosse pariétale droite, siége de la tumeur vidée, ont seulement pour but de maintenir en contact les parois du foyer, sans comprimer les surfaces osseuses et flexibles chez le nouveau-né. — Six jours après, adhérence complète des parois de la tumeur, sans phénomène local consécutif, sans trouble aucun des fonctions du petit malade. — Le 1er avril, seize jours après l'opération, la guérison est complète. — L'on ne saurait contester la supériorité de ce moyen, si l'expérience ne vient pas témoigner de son insuffisance dans les circonstances où il a été mis en usage. Ajoutons, que pour jouir de tous ses bénéfices il faut, selon M. Isnard, le mettre en pratique de bonne heure, dès le com-

mencement de la deuxième semaine. A cette époque, la tumeur a acquis son volume définitif; les petits vaisseaux, source de l'hémorrhagie sont oblitérés, et la récidive est par là prévenue. Enfin, le sang n'étant pas encore coagulé peut aisément couler à travers la petite canule du trocart explorateur. (*Union méd.*, juillet 1863.)

**Emploi du cubèbe dans la tympanite.** A la suite de la herniotomie, souvent il se produit ou il subsiste une tympanite qui, coïncidant avec la persistance de la constipation, constitue une des complications les plus graves de cet état déjà si grave. M. Ure attribue la tympanite à la *perte de ton* de l'intestin; et il préconise, pour y remédier, l'administration, deux ou trois fois par jour, de 4 grammes de poivre cubèbe pulvérisé. Dans deux cas, dont il rapporte l'histoire détaillée, les malades ont été ainsi rapidement débarrassés de l'accumulation de gaz intestinaux, qui avait mis obstacle à leur rétablissement. (*The Lancet*, juin 1863.)

**Traitement prophylactique du bégayement.** La clinique de Graves, qu'on ne consulte jamais en vain, nous offre l'observation suivante: Après avoir fait remarquer — chose utile à noter, — que le bégayement est une affection extrêmement rare chez les femmes, j'ai découvert tout récemment, dit-il, une méthode de traitement qui permet au bègue, même dans les cas anciens, de parler avec une facilité suffisante. Cette méthode consiste tout simplement à détourner l'attention du malade de façon qu'il ne soit plus préoccupé de son infirmité. Par exemple, je lui fais tenir un morceau de buis dans la main droite et je lui prescris d'en frapper l'indicateur gauche avec *une mesure régulière* à chaque fois qu'il prononce un mot; il est obligé de concentrer ses regards et son attention sur ses mains, afin que chaque coup coïncide exactement avec l'émission des sons.

L'illustre clinicien de Dublin a eu souvent recours à ce procédé avec un succès complet, et le docteur Néligan, depuis qu'il l'a mis en pratique, a eu de nombreuses occasions d'en constater l'efficacité. Si cette méthode ne produit pas toujours les résultats voulus, cela tient à ce que l'on ne s'y conforme pas strictement. Si on l'appliquait avec persévérance chez les jeunes gens qui bégayent, si on la leur faisait observer lorsqu'ils lisent et lorsqu'ils parlent, on les débarrasserait définitivement de leur infirmité. Telle est la conviction de Graves, et, quant à la nature de cette infirmité, les heureux effets du traitement qu'il recommande semblent établir que le bégayement est une affection purement nerveuse. (*Gaz. méd. de Lyon*, juin 1863.)

---

**De l'allaitement mixte dans les cas d'insuffisance du lait chez les mères.** Voici la manière dont M. Mattei conduit l'allaitement chez les femmes animées du vif désir de nourrir leurs enfants, mais qui, malgré les meilleures apparences, ont un lait insuffisant

Ces femmes, malheureusement très-nombreuses dans les grandes villes, doivent-elles renoncer à nourrir? C'était autrefois son avis; mais des exemples multipliés lui ont prouvé qu'il avait tort. Ainsi, il a vu plusieurs femmes compléter l'insuffisance du sein par le lait d'animaux, et à Paris même cette méthode a été suivie de succès. Aujourd'hui, non-seulement il tolère cet allaitement, mais il le conseille lorsqu'il ne peut faire mieux; c'est ce qu'il appelle l'*allaitement au demi-lait*.

Voici ordinairement comment il le fait pratiquer:

La mère présente le sein plusieurs fois pendant le jour, et il est rare qu'à ce moment elle n'ait pas assez de lait pour satisfaire l'enfant. Le soir, cet enfant est confié à une autre personne qui reste auprès de sa mère, et on place sous son oreiller un biberon rempli de lait pour qu'il soit toujours tiède.

Lorsque la nuit ou le matin de bonne heure l'enfant se réveille, on lui présente le biberon. Les veilles et le tourment de la nuit fatiguent autant que l'allaitement; aussi doit-on, si cela est possible, les épargner aux nourrices faibles.

En agissant de la sorte, surtout quand on se procure du lait bien pur, M. Mattei a vu les femmes les plus délicates mener à bien un allaitement. Quant à l'emploi des bouillies en guise de lait, c'est la plus détestable des nourritures, dans les villes surtout. (*Société de médecine pratique*, mai 1863.)

## VARIÉTÉS.

*Du diagnostic de la rage sur les animaux de l'espèce canine.*

M. Bouley, professeur de clinique à l'École d'Alfort, vient de lire à l'Académie de médecine un savant rapport sur un mémoire de M. Buudin intitulé : *De la rage considérée au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire.* Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs la partie de ce rapport qui a trait au diagnostic de la rage commençante ; le tableau qu'en trace M. Bouley sera lu avec non moins d'intérêt que de fruit.

La question du diagnostic de la rage canine, dit M. Bouley, a une importance énorme : importance telle, que si chacun pouvait être mis à même de reconnaître cette maladie sur le chien, à ses différentes périodes, et surtout à sa période initiale, nous serions en possession de la meilleure des prophylaxies.

L'idée de rage, chez les chiens, implique pour le monde, en général, celle d'une maladie qui se caractérise *nécessairement* par des accès de fureur, des envies de mordre, etc., etc. Cette idée est d'autant plus profondément ancrée, qu'en dehors de son acception pathologique, le mot *rage*, en français, exprime la colère, la haine, la cruauté, les passions furieuses. Or, c'est un préjugé bien redoutable que celui qui admet que la rage est nécessairement et toujours une maladie caractérisée par la fureur. De tous ceux qui sont accrédités au sujet de cette maladie, c'est peut-être le plus fécond en conséquences désastreuses, car on demeure sans défiance en présence d'un chien malade qui ne cherche pas à mordre, et cependant sa maladie peut très-bien être la rage.

Les premiers symptômes de la rage du chien, quoique obscurs encore, sont déjà significatifs pour qui sait les comprendre. Ils consistent dans une humeur sombre et une agitation inquiète, qui se traduit par un changement continuel de position. L'animal cherche à fuir ses maîtres ; il se retire dans son panier, dans sa niche, dans les recoins des appartements, sous les meubles, mais il ne montre aucune disposition à mordre. Si on l'appelle, il obéit encore, mais avec lenteur, et comme à regret. Crispé sur lui-même, il tient sa tête cachée profondément entre sa poitrine et ses pattes de devant.

Bientôt il devient inquiet, cherche une nouvelle place pour se reposer, et ne tarde pas à la quitter pour en chercher une autre. Puis il retourne à son lit, dans lequel il s'agite continuellement, ne pouvant trouver une position qui lui convienne. Du fond de son lit, il jette autour de lui un regard dont l'expression est étrange. Son attitude est sombre et suspecte. Il va d'un membre de la famille à l'autre, fixe sur chacun des yeux résolus, et semble demander à tous, alternativement, un remède contre le mal qu'il ressent.

Une des particularités les plus curieuses et les plus importantes à connaître de la rage du chien, c'est la persévérance chez cet animal, même dans les périodes les plus avancées de sa maladie, des sentiments d'affection envers les personnes auxquelles il est attaché. Ces sentiments demeurent si forts en lui que le malheureux animal s'abstient souvent de diriger ses atteintes contre ceux qu'i aime, alors même qu'il est en pleine rage. De là les illusions fréquentes que les propriétaires des chiens enragés se font sur la nature de la maladie de ces animaux. Comment croire à la rage, en concevoir même l'idée, chez un chien que l'on trouve toujours affectueux, docile, et dont la maladie se traduit seulement par de la tristesse, de l'agitation et une sauvagerie inaccoutumée ! Illu-

sions redoutables car ce chien, dont on ne se méfie pas, peut, malgré lui-même, faire une morsure fatale sous l'influence d'une contrariété, ou, comme il arrive souvent, à la suite d'une correction que son maître aura cru devoir lui infliger, soit pour n'avoir pas obéi assez vite, soit pour avoir répondu à une première menace par un geste agressif aussitôt contenu.

A la période initiale de la rage, et, lorsque la maladie est complétement déclarée, dans les intermittences des accès, il y a, chez le chien, une espèce de délire qu'on peut appeler le *délire rabique*.

Ce délire se caractérise par des mouvements étranges qui dénotent que l'animal malade voit des objets et entend des bruits qui n'existent que dans ce que l'on est bien en droit d'appeler son imagination. Tantôt, en effet, l'animal se tient immobile, attentif, comme aux aguets, puis, tout à coup, il se lance et mord dans l'air, comme fait, dans l'état de santé, le chien qui veut attraper une mouche au vol. D'autres fois, il se lance furieux et hurlant contre un mur, comme s'il avait entendu de l'autre côté des bruits menaçants.

En raisonnant par analogie, on est bien autorisé à admettre que ce sont là des signes de véritables hallucinations. Mais, quoi qu'il en soit du sens qu'on veuille leur attribuer, il est certain qu'ils ont une grande valeur diagnostique, et leur étrangeté même doit éveiller l'attention et mettre en garde contre ce qu'ils annoncent.

Cependant, ceux qui ne sont pas prévenus ne sauraient y attacher d'importance, d'autant que ces symptômes sont très-fugaces et qu'il suffit, pour qu'ils disparaissent, que la voix du maître se fasse entendre. « Dispersés, dit Youatt, par cette influence magique, tous ces objets de terreur s'évanouissent, et l'animal rampe vers son maître avec l'expression d'attachement qui lui est particulière. »

Ces symptômes se diversifient dans leur expression, suivant le naturel des malades. Si, avant l'attaque de la maladie, dit Youatt, le chien était d'un naturel affectueux, son attitude inquiète est éloquente ; il semble faire appel à la pitié de son maître : dans ses hallucinations, rien ne témoigne de sa férocité. Dans le chien naturellement sauvage, au contraire, et dans celui qui a été dressé pour la défense, l'expression de toute la contenance est terrible. Quelquefois les conjonctives sont fortement injectées, d'autres fois elles ont à peine changé de couleur, mais les yeux ont un éclat inusité et qui éblouit : on dirait deux globes de feu.

Il est beaucoup de chiens chez lesquels l'attachement pour leurs maîtres semble avoir augmenté, et ils le leur témoignent en leur léchant les mains et le visage. On ne saurait trop appeler l'attention sur cette singularité des premières périodes de la rage canine, parce que c'est elle surtout qui entretient l'illusion dans l'esprit des propriétaires de chiens. Ils ont peine à croire, en effet, que cet animal, actuellement encore si doux, si docile, si soumis, si humble à leurs pieds, qui leur lèche les mains et leur manifeste son attachement par tant de signes si expressifs, renferme en lui le germe de la plus terrible maladie. De là vient une confiance et, qui pis est, une incrédulité dont sont trop souvent victimes ceux qui possèdent des chiens, surtout ces chiens intimes qui sont pour l'homme les plus sûrs des amis tant qu'ils ont leur raison, mais qui, égarés par le délire rabique, peuvent devenir et deviennent trop souvent les ennemis les plus traîtres et les plus cruels.

Le préjugé de l'hydrophobie est l'un des plus dangereux qui règnent à l'égard de la rage canine ; et l'on peut dire que le mot *hydrophobie*, qui s'est peu

à peu substitué, même dans le longage usuel, à celui de rage, est une des plus détestables inventions du néologismo, parce que cette Invention a été fertile pour l'espèce humaine en une multitude de désastres.

C'ost que, en effet, ce mot implique une idée, aujourd'hui profondément ancrée dans l'opinion du public, bien qu'elle soit radicalement fausse, et démontrée fausse par les faits de tous les jours.

De par lo nom grec imposé à la rago, un chien enragé doit *avoir horreur de l'eau.*

Donc, s'il boit, il n'est pas enragé ; et partant de ce raisonnemont on ne peut plus logique, un très-grand nombre do personnes s'endorment dans une sécurité trompeuse, à côté de chiens enragés qui vivent avec elles et couchent même sur leur lit.

Et cela, parce qu'il a passé par la cervelle de je ne sais quel savant, de faire du mot *hydrophobie* le synonyme de celui de *rage.*

Jamais erreur ne fut plus funeste, et nous devons accumuler nos efforts pour la faire disparaître.

Le chien enragé n'est pas hydrophobe : il n'a pas horreur de l'eau. Quand on lui offre à boire, il ne recule pas épouvanté.

Loin de là : il s'approche du vase ; il lappe le liquido aveo sa langue; il le déglutit souvent, surtout dans les premières périodes de sa maladie ; et lorsque la constriction de sa gorge rend la déglutition difficile, il n'en essaye pos moins de boire, et alors ses lappements sont d'autant plus répétés et prolongés, qu'ils demeurent plus inefficaces. Souvent même, en désespoir de cause, on le voit plonger le museau tout entier dans le vase et mordre, pour ainsi dire, l'eau qu'il ne peut parvenir à pomper, suivant le modo physiologique habituel.

La bave ne constitue pas, par son abondance exagérée, un signe caractéristique de la rage du chien, comme on le croit trop généralemont. C'est donc une erreur d'inférer de l'absence de co symptôme que lo rage n'existe pas. Il est des chiens enragés dont la gueule est remplie d'une bavo écumeuse, surtout pendant les accès. Chez d'autres, au contraire, cette covité est complétoment sèche, et sa muqueuse reflète une teinte violacée. Cette particularité est surtout remarquable dans les dernières périodes do la maladio. Dans d'autros cas, enfin, il n'y a rien de particulier à l'égard de l'humidité ou de la sécheresse de la cavité buccale.

Le chien enragé, dont la gueulo est sèche, fait avoo sos pattes de devant, de chaque côté de ses joues, les gestes qui sont naturels au chien dans l'arrière-gorge ou entre les dents duquel un os incomplétement broyé s'est arrêté. Il en est de même quand la paralysie des mâchoires rend la gueule béante, ainsi que cela se remarque dans la variété de rage que l'on appelle la *rage-mue*, ou à une période avancée de la rage furieuse,

Rien de dangereux comme les illusions que fait naître dans l'esprit des propriétaires des chiens la manifestation de ce symptôme. Pour eux, *presque toujours*, il est l'expression certaine d'un os dans l'arrière-gorgo, et désireux de secourir leurs chiens, ils procèdent à des explorations et ont recours à des manœuvres qui peuvent avoir les conséquences les plus funestes, soit qu'ils se blessent eux-mêmes contre les dents, en introduisant les doigts dans la gueule du malade ; soit que celui-ci, irrité, rapproche convulsivement les mâchoires et fasse des morsures.

L'aboiement du chien enragé est tout à fait caractéristique, si caractéristique

que l'homme qui en connaît la signification peut, rien qu'à l'entendre, affirmer à coup sûr l'existence d'un chien enragé là où cet aboiement a retenti.

Et il ne faut pas, pour arriver à cette sûreté de diagnostic, que l'oreille ait été longtemps exercée. Celui qui a entendu une ou deux fois hurler le chien qui rage, en demeure si fortement impressionné, quand, celu va de soi, on lui a donné le sens de ce hurlement sinistre, que le souvenir en reste gravé dans la mémoire, et lorsque, une autre fois, le même bruit vient à frapper son oreille, il ne se méprend pas sur sa signification.

Au lieu d'éclater avec sa sonorité normale et de consister dans une succession d'émissions égales en durée et en intensité, il est rauque, voilé, plus bas de ton ; et, à un premier aboiement fait à pleine gueule, succède immédiatement une série de trois ou quatre hurlements décroissants, qui partent du fond de la gorge et pendant l'émission desquels les mâchoires ne se rapprochent qu'incomplétement, au lieu de se fermer à chaque coup, comme dans l'aboiement franc.

Une particularité très-curieuse de l'état rabique, et qui peut avoir une très-grande importance au point de vue diagnostique, c'est que l'animal est *muet* sous la douleur. Quelles que soient les souffrances qu'on lui fait endurer, il ne fait entendre ni le sifflement nasal, première expression de la plainte du chien, ni le cri aigu par lequel il traduit les douleurs plus vives.

L'état rabique se caractérise encore par une particularité extrêmement curieuse et d'une importance principale, sous le rapport du diagnostic : nous voulons parler de l'impression qu'exerce sur un chien affecté de la rage la vue d'un animal de son espèce. Cette impression est tellement puissante, elle est si efficace à donner lieu immédiatement à la manifestation d'un accès, qu'il est vrai de dire que le chien est le réactif sûr, à l'aide duquel on peut déceler la rage encore latente dans l'animal qui la couve.

Tous les jours, à l'École, nous nous servons de ce moyen, pour dissiper le doute, dans les cas où le diagnostic peut demeurer incertain, et il est bien rare qu'il nous laisse en défaut. Dès que le chien soupçonné malade se trouve en présence d'un sujet de son espèce, il tend à se jeter sur lui, si la maladie est réellement la rage, et, s'il peut l'atteindre, il le mord avec fureur.

Et, chose étrange, tous les animaux enragés, à quelque espèce qu'ils appartiennent, subissent la même impression en présence du chien. Tous, en le voyant, s'excitent, s'exaspèrent, entrent en fureur, se lancent sur lui et l'attaquent avec leurs armes naturelles ; le cheval avec ses pieds et ses dents, le taureau avec les cornes, de même le bélier. Il n'y a pas jusqu'au mouton qui ne dépouille, sous l'empire de la rage, sa pusillanimité native, et qui, loin de ressentir de l'effroi à la vue du chien, ne lui en inspire, au contraire, et fondant sur lui tête baissée, ne l'oblige à fuir devant ses attaques.

Enfin, il arrive très-souvent que le chien qui ressent les premières atteintes de la rage s'échappe de la maison et disparaît. On dirait qu'il a comme la conscience du mal qu'il peut faire, et que, pour éviter d'être nuisible, il fuit ceux auxquels il est attaché. Quoi qu'il en soit de cette interprétation, toujours est-il que, très-souvent, il abandonne ses maîtres et qu'on ne le revoit plus, soit qu'il aille mourir dans quelque endroit retiré, soit, ce qui est le plus ordinaire dans les localités populeuses, que, reconnu pour ce qu'il est aux sévices qu'il commet sur les hommes et sur les bêtes, il trouve la mort en route.

Mais dans quelques cas, trop nombreux encore, le malheureux, après avoir erré un jour ou deux, et échappé aux poursuites, revient, obéissant à une attrac-

tion fatale, vers la maison de ses maîtres. C'est dans ces circonstances surtout que les malheurs arrivent. Et, en effet, au retour du *pauvre égaré*, on s'empresse vers lui; le premier mouvement est de le secourir, car, la plupart du temps, il est misérable à l'excès, réduit à rien, couvert de boue et de sang. Mais malheur à qui l'approche! A la période où il en est de sa maladie, la propension à mordre est devenue chez lui impérieuse; elle domine le sentiment affectueux, si vivace qu'il soit encore, et trop souvent elle le porte à répondre par des morsures aux caresses qu'on lui fait, aux soins qu'on veut lui donner.

---

M. Bouvier a présenté à l'Académie, au nom de M. le docteur Arnaud-Delanglard, une pile destinée aux appareils électro-médicaux qui mérite d'être mise en relief.

En 1856, M. Bouvier, dans un rapport sur divers appareils électriques soumis au jugement de l'Académie, après avoir fait la part de leurs avantages respectifs, signalait pour tous un inconvénient commun, le maniement d'agents chimiques plus ou moins corrosifs. C'est cet inconvénient que M. Arnaud a fait disparaître par une nouvelle disposition de piles. Elle se distingue par la simplicité de son maniement; d'un petit volume, ne contenant aucun liquide, elle peut se conserver et se transporter indéfiniment, sans altération. Son prix extrêmement minime, permettant de ne l'employer qu'une seule fois, dispense de tout nettoyage et entretien. Les éléments étant toujours neufs et d'une surface déterminée, l'agent électrogène toujours à même dose, les résultats sont constamment identiques.

La mise en action ne nécessite que l'addition d'une petite quantité d'eau. La durée des effets est d'une heure au moins, et l'énergie en quantité et en tension est comparable à celle d'un élément de Bunsen de petite dimension.

---

Un décret récent, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, vient de confirmer les nominations faites à titre provisoire dans la Légion d'honneur par le général commandant en chef le corps expéditionnaire du Mexique, en faveur des médecins dont les noms suivent: au grade d'*officier*, M. Lautelme, médecin-major au 51e de ligne; au grade de *chevalier*, M. Bock, médecin-major.

---

La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchements a eu lieu, comme d'habitude, sous la présidence du directeur de l'Assistance publique. Parmi les élèves qui se sont le plus distinguées, il faut citer: MMlles Vieillard, Pannetier, Courteville, Rigault, Pouillon et Delpech.

---

Le concours pour deux places de chirurgiens du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Simou et Tillaux.

---

M. Lecoq, directeur de l'Ecole de médecine vétérinaire de Lyon, est nommé inspecteur général des Ecoles vétérinaires en remplacement du regrettable M. Renaud.

---

Le corps de santé de l'armée de terre vient de perdre un de ses membres les plus distingués, M. le docteur Riboulet, médecin principal de 1re classe.

Nous apprenons aussi la douloureuse nouvelle de la mort de M. le docteur Denys (de Commercy), si connu par ses belles recherches sur le sang.

---

*Pour les articles non signés,* **E. DEBOUT.**

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Études sur la valeur comparée du musc et de l'acétate d'ammoniaque dans le traitement des pneumonies graves avec délire.

Par M. le docteur J. Delioux de Savignac,
Professeur de clinique médicale à l'École de médecine navale de Toulon.

I. On connaît la gravité particulière des pneumonies dites typhoïdes, malignes, ataxiques, délirantes. Les médications qui réussissent d'ordinaire contre la pneumonie franchement inflammatoire perdent leur efficacité contre ces formes insidieuses, et très-souvent même deviennent nuisibles, si l'on y insiste. On doit alors renoncer aux émissions sanguines, ou du moins ne plus les employer qu'avec beaucoup de sobriété et de réserve, et suspendre le tartre stibié surtout, qui, généralement intoléré, serait capable de produire plus de mal que de bien. L'ipécacuanha lui-même, qui s'accommode mieux pourtant que les préparations antimoniales aux formes typhoïdes de la pneumonie, ne peut plus guère être supporté ni agir efficacement à hautes doses ; il ne devient plus admissible qu'à des doses très-modérées, et dans ces proportions il ne suffit plus à triompher des complications actuelles.

Force nous est donc, en pareils cas, de recourir à d'autres agents de médication, et ceux qui se sont montrés le plus utiles, sont l'opium, le musc et l'acétate d'ammoniaque.

L'opium est resté célèbre à cet égard par suite de la reproduction dans divers ouvrages, tant de pathologie que de matière médicale, des éloges que lui décerna Michel Sarcone, après les heureux effets qu'il en obtint dans une grande épidémie de pneumonies délirantes, qui sévit à Naples dans le dernier siècle.

Mais le musc, auquel Sarcone pensa aussi dans cette circonstance, et auquel il finit même par accorder la préférence, prima dans notre siècle l'opium en réputation, et dut au patronage de Récamier, ainsi qu'à un brillant et ingénieux article du traité de matière médicale le plus accrédité de notre époque, de se présenter en première ligne à l'idée des praticiens appelés à conjurer les complications ataxiques de la pneumonie.

Vient enfin l'acétate d'ammoniaque, dont on a moins parlé, et qui peut cependant supporter la comparaison avec les deux premiers médicaments dont il a été question.

II. Quel que soit l'agent dont on fasse choix, il faut d'abord bien reconnaître l'indication, sous peine d'échouer ou de ne pas obtenir

des résultats nets et concluants. Toute pneumonie avec du délire n'exige point par cela même du musc, de l'opium ou de l'acétate d'ammoniaque. Les auteurs bien connus du *Traité de matière médicale*, auquel tout à l'heure nous faisions allusion, MM. Trousseau et Pidoux, ont assez bien spécifié les conditions où l'on doit faire intervenir le musc.

Ainsi, il n'y aurait pas opportunité à l'emploi de ce médicament :

1° Dans la pneumonie avec délire suscité par la participation du cerveau à l'excitation fébrile de tous les appareils, délire que l'on peut rencontrer dans toutes les maladies aiguës avec fièvre, et auquel, ajouterons-nous, certains sujets, les enfants par exemple, sont particulièrement enclins ;

2° Dans la pneumonie dont le délire se lie à la suppuration du parenchyme pulmonaire, état mortel, qui frappe d'impuissance toutes les médications ;

3° En cas de délire causé par une ou plusieurs complications phlegmasiques siégeant ailleurs que dans la poitrine ;

4° Dans le cas de délire « dépendant plutôt de la malignité de la cause de la pneumonie que de celle-ci. Il se rencontre dans les pneumonies produites par des empoisonnements, soit que ce poison appartienne à la matière médicale, soit qu'il consiste dans des miasmes morbifiques venus de l'atmosphère, soit encore qu'il ait été engendré au sein de l'économie. Ici, la pneumonie et le délire sont des effets de la même cause. Cela se voit dans les pneumonies qui compliquent les fièvres putrides, la morve aiguë, etc., les empoisonnements par les substances âcres, etc. »

Je crains, toutefois, à dire vrai, que parmi ces contre-indications, il n'y en ait quelques-unes qui aient été posées d'une façon trop absolue.

Sur le premier point, sur le deuxième et sur le troisième, je suis d'accord avec MM. Trousseau et Pidoux.

Mais sur le quatrième point, je me permettrai de faire quelques réserves. En effet, il existe des pneumonies, miasmatiques ou virulentes, ou se liant à des maladies de ce caractère, qui s'accommodent, soit du musc, soit de l'acétate d'ammoniaque. Or, ce que l'on peut dire ici de l'un de ces médicaments, on peut le dire de l'autre ; ils répondent l'un et l'autre, dans les circonstances qui nous préoccupent, aux mêmes indications. Ainsi, par exemple, dans les fièvres putrides, — car je pense bien que sous cette désignation les auteurs précités ont voulu parler de dothinentéries à

forme adynamique, — s'il survient une pneumonie, et si cette pneumonie se complique de délire, je ne vois pas le mal que le musc peut y faire, d'autant plus que le musc est loin d'être inopportun dans la dothinentérie elle-même compliquée de délire; je trouve même que, en pareil cas, le musc est supérieur à l'acétate d'ammoniaque. Prenons maintenant l'exemple de la rougeole, qui se double si souvent d'une pneumonie, laquelle devient elle même maligne dans bien des cas; voilà certes deux maladies d'origine virulente très-probable, la virulence de la première et sa malignité en même temps engendrant la malignité de la seconde. Eh bien, pourquoi faudrait-il bannir le musc du traitement de la pneumonie morbilleuse, au cas où le délire y apparaîtrait? En quoi serait-il nuisible? Si son action y était nulle, j'atteste du moins que l'acétate d'ammoniaque, dont l'action thérapeutique, dans l'espèce, est similaire, est susceptible alors de procurer les résultats thérapeutiques les plus avantageux, et j'en ai récemment encore acquis l'expérience dans une épidémie de rougeole, grave par le nombre et la léthalité des cas, qui a sévi à Toulon dans l'hiver 1861-1862, et dans le cours de laquelle je me suis parfaitement trouvé d'administrer l'acétate d'ammoniaque à hautes doses, lorsque éclatait la double complication de délire et de pneumonie ou de bronchite capillaire. A l'opposé de ce que je disais plus haut de la valeur comparative du musc et de l'acétate d'ammoniaque dans la pneumonie secondaire et avec délire de la dothinentérie, je crois l'acétate d'ammoniaque supérieur dans la pneumonie maligne de la rougeole.

Qu'une phlegmasie pulmonaire de même nature apparaisse dans le cours d'une variole ou d'une scarlatine, quoique cela soit moins fréquent que dans le cours de la rougeole, ces deux agents thérapeutiques pourront aussi avoir leur utilité, et je puis citer encore à l'appui un cas récent de scarlatine compliquée de pneumonie avec délire, où l'acétate d'ammoniaque fut employé avec le plus grand succès.

Il ne faut donc pas, par une sorte d'ordonnance de non-lieu, se hâter de déposséder la pratique de moyens incontestablement utiles en des circonstances identiques ou analogues à celles qui viennent d'être mentionnées.

Voyons maintenant quel est l'état indiquant l'emploi du musc, d'après MM. Trousseau et Pidoux:

« C'est un *subdelirium* avec défaut d'harmonie entre les différents symptômes et prédominance d'accidents nerveux, qui sont sans rapport évident avec l'inflammation du poumon; cet état ataxique

s'accroît sous l'influence des antiphlogistiques ou des antimoniaux : la respiration est sans fréquence extraordinaire, la fièvre n'a rien d'excessif; à n'en juger que par l'auscultation, la pneumonie est peu grave, et cependant la résistance vitale, défaillante, désordonnée, s'affaisse tout à coup, et le malade meurt. Voilà l'*ataxie*, voilà la *malignité*. »

En d'autres termes, comme le disent plus loin MM. Trousseau et Pidoux, c'est dans le délire ataxique que se trouve l'indication du musc.

A ce tableau, tracé de main de maître, de l'état ataxique qui appelle l'intervention du musc, — ou de l'acétate d'ammoniaque, comme nous le verrons bientôt, — que l'on me permette de faire encore deux petites réserves.

Que l'affection pulmonaire soit, en tant que lésion anatomique et par elle-même, souvent peu grave dans la pneumonie ataxique, je n'en disconviens pas. J'approuve pleinement surtout les deux thérapeutistes qui sont en même temps des cliniciens éminents, lorsqu'ils combattent cette opinion trop répandue, à savoir : que le délire accidente plutôt la pneumonie du sommet que la pneumonie de la base. Je crois, comme eux, qu'il est fort difficile aux statistiques, en pareille matière, ainsi qu'en bien d'autres, de conclure scientifiquement, et il me semble même, soit dit en passant et en demandant pardon d'intercaler une troisième opinion dans le litige, que si j'avais récolté les chiffres des cas dont j'ai été témoin, je serais peut-être arrivé à trouver la plus grande fréquence du délire dans les pneumonies unilatérales complètes. Mais si j'ai vu le délire compliquer la phlegmasie bornée à une portion du poumon et arrêtée à la période d'engouement, j'ai vu plus souvent, beaucoup plus surtout depuis que je pratique à Toulon, cette complication se manifester dans des pneumonies parvenues au deuxième degré, ce qui suppose déjà une certaine gravité dans la lésion organique appréciable.

En second lieu, j'ai vu généralement l'élément ataxique retarder, enrayer les tendances favorables de la pneumonie, et lors même qu'il a été vaincu, il arrive parfois que la résolution procède avec une grande lenteur dans l'engorgement pulmonaire : nouvelle preuve que la gravité même de la lésion anatomique puisse être inhérente à cette espèce de pneumonie.

Enfin, la fièvre aura été modérée ou intense avant l'apparition du délire, peu importe; mais toujours est-il que lorsque le délire apparait, ou peu avant, la fièvre s'allume ou redouble.

Les trois observations qui seront relatées ultérieurement confirmeront ces particularités, que j'ai vues se produire, soit l'une, soit l'autre, soit toutes ensemble, dans la plupart des cas.

III. Disons un mot, avant d'aller plus loin, de la pneumonie typhoïde, et nous verrons si elle aussi n'a pas à réclamer l'emploi du musc ou de l'acétate d'ammoniaque.

On peut accepter comme représentant une seule et même espèce morbide les dénominations : pneumonie maligne, pneumonie ataxique ; que la perturbation des forces vitales soit plus profonde et plus insidieuse dans l'une, que les désordres nerveux soient moins larvés dans l'autre, elles ont un lien commun, le délire, et s'avoisinent tellement, qu'elles ne sont, à bien dire, que deux variétés du même type.

La pneumonie typhoïde me paraît en devoir être distinguée. Le délire, à différents degrés, est un de ses symptômes ordinaires; mais il n'y est pas nécessaire, comme dans les cas précédents. Si elle offre deux variétés principales, l'une est représentée par la forme ataxique et a des affinités incontestables avec le premier type dont nous avons parlé ; mais l'autre, s'en éloignant davantage, se présente avec la forme adynamique, et le délire n'y est plus obligé. Telle, sous cette dernière apparence ou réellement de cette nature, se présente souvent la pneumonie des vieillards. Mais ce qui caractérise mieux encore la pneumonie typhoïde, c'est un ensemble symptomatique qui rappelle la dothinenthérie, à tel point qu'elle peut être prise un moment pour une dothinentérie à forme pectorale, et les praticiens les plus exercés peuvent parfois s'y tromper. Il y a dans la pneumonie typhoïde un fond de faiblesse, un degré d'abattement, sinon même une prostration évidente, plus considérables que dans les pneumonies ataxiques et malignes; le visage porte l'empreinte de la stupeur, et l'on retrouve plus ou moins des symptômes typhiques suivants : céphalalgie obtuse, bourdonnements auriculaires, surdité, épistaxis, somnolence, coma, soubresauts fibrillaires, carphologie; le pouls est souvent *bis feriens ;* il y a ordinairement de la diarrhée; on peut enfin, quoique très-exceptionnellement, voir quelques papules rosées. Et il est bien entendu cependant que cet état typhoïde existe alors, indépendant de toute dothinentérie; si l'on a lieu de pratiquer la nécropsie, on ne trouve pas la lésion spécifique de l'appareil folliculaire de l'intestin; si la situation s'améliore, l'élément typhoïde se dissipe et laisse la lésion pulmonaire, dans toute sa simplicité, parcourir ultérieurement ses périodes accoutumées; ou bien tout s'amende à la fois, état typhoïde

et pneumonie, et cela bien avant l'époque où une vraie fièvre typhoïde fût venue à son déclin. Que si alors on allait s'imaginer que l'on a jugulé une dothinentérie, on commettrait une double faute, en méconnaissant une pneumonie spécifique et en rêvant la possibilité de borner dans son cours la dothinentérie.

Ce qui convient à la pneumonie typhoïde ataxique pourra ne pas convenir à la pneumonie typhoïde adynamique. Celle-ci aura probablement besoin des toniques, des stimulants même, du quinquina, du vin, des réconfortants sous toutes les formes. Dans la première, il y aura quelque chance de parer à l'indication capitale en recourant au musc ou à l'acétate d'ammoniaque.

IV. Essayons maintenant d'apprécier la valeur absolue et comparative de ces deux médicaments, après avoir spécifié de notre mieux les conditions dans lesquelles il y a lieu de les faire intervenir.

Le musc est un antispasmodique dont la réputation est faite depuis longtemps; nous n'avons rien à y ajouter et nous ne songeons certes pas à l'ébranler. Il apaise les excitations nerveuses dans un grand nombre de circonstances, et il les apaise sans déprimer par ailleurs aucun appareil organique. S'il ne stimule pas positivement, s'il ne stimule pas surtout autant que l'a prétendu l'école de Joerg, son action n'est pas dépourvue d'une certaine tonicité, et, sous ce dernier rapport, il se recommande dans les états nerveux où, tout en calmant, il importe de ne pas hyposthéniser les actions vitales. A hautes doses, il détermine des phénomènes, diversement interprétés, qui me paraissent être des phénomènes de légère ébriété, analogues à ceux que produisent la plupart des huiles essentielles ; du reste, je ne les ai pas vus se manifester aux doses thérapeutiques ordinairement employées, même à celle de 4 grammes, que j'ai souvent prescrite.

Le musc, déjà utile dans l'ataxie pure, semble donc parfaitement indiqué quand l'ataxie se joint à l'adynamie; c'est le cas ordinaire de la pneumonie typhoïde, et, je n'ai qu'à le répéter, on pourra l'administrer avec avantage dans la pneumonie secondaire de la fièvre typhoïde, et dans la pneumonie typhoïde essentielle, avec ataxie prédominante.

Je ne conteste pas non plus ses bons effets dans les pneumonies malignes et ataxiques ; j'ai eu mainte occasion de les constater.

Il ne faut pas donner le musc à trop faible dose, si l'on veut en obtenir la somme d'action désirée; il est inutile d'en donner trop. 1 gramme par jour est au moins nécessaire, mais peut suffire, dans

le traitement d'une pneumonie avec délire ; on le donne en pilules de 5 à 10 centigrammes, d'heure en heure ; c'est le mode d'administration le moins désagréable et qui fait éviter la saveur du médicament. Mais il n'est pas toujours facile de faire avaler des pilules à un malade en délire, et alors on est obligé de l'administrer dans une potion. Si les sensations sont obtuses, si le goût est en partie aboli, la potion est acceptée ; dans le cas contraire, on a quelquefois une très-grande difficulté à la faire boire à un malade incapable d'apprécier son état et l'importance du remède qu'on lui prescrit. C'est un des inconvénients de l'emploi du musc, qui répugne même à beaucoup de personnes pourvues de toute leur raison.

Au lieu de donner le musc en nature, on peut l'employer sous forme de teinture alcoolique ou d'alcoolé. La teinture de musc du Codex est composée de 1 partie de musc pour 4 parties d'alcool. La teinture de musc se met dans une potion, et si l'on veut faire consommer la quantité de musc que l'on eût donnée en nature, il faut tenir compte de la proportion d'alcool qui l'accompagnera et qui, insignifiante au point de vue thérapeutique dans certains cas, pourrait peut-être devenir nuisible dans quelques conditions morbides. Par exemple, si minime qu'elle soit, une dose quelconque d'alcool pourrait surexciter le délire chez quelques sujets. Cependant la teinture de musc est une préparation très-recommandable; il m'a paru même, d'après les dernières observations que j'ai faites, qu'elle a plus d'action, plus d'énergie thérapeutique que le musc pur. Elle serait donc réellement économique, d'abord. Peut-être, dissous préalablement dans l'alcool, le musc est-il mieux absorbé. De plus, l'addition d'alcool renforce les propriétés toniques du musc sans nuire à ses propriétés calmantes, de sorte que l'on ne peut donner rien de mieux que la teinture lorsque l'on veut soutenir les forces, tout en apaisant l'éréthisme nerveux. Après avoir beaucoup donné le musc, de toutes les manières et souvent infructueusement, dans les fièvres typhoïdes, ma pratique habituelle aujourd'hui consiste à prescrire contre la forme ataxo-adynamique, qui est, on le sait, la plus commune, la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Teinture de musc........................ | 4 grammes. |
| Extrait aqueux de quinquina............... | 4 grammes. |
| Vin rouge.............................. | 60 grammes. |
| Eau gommée............................ | 60 grammes. |
| Sirop de Tolu........................... | 30 grammes. |

Quand l'adynamie est prédominante, je remplace le vin rouge par du malaga. J'ai vu l'état de plusieurs sujets très-heureusement

modifié par l'emploi continué pendant quelques jours de cette potion.

Mais le plus grand reproche que l'on puisse adresser au musc, c'est son extrême cherté. Un traitement de trois ou quatre jours seulement, pendant lequel on aura consommé de 4 à 10 grammes de musc, reviendra à un prix excessif. Ce médicament n'est réellement pas à la portée de toutes les bourses. Il y a plus : on ne trouve pas du musc en nature dans bon nombre de pharmacies de petites villes et de campagnes surtout; on y trouve tout au plus de la teinture de musc, et quelquefois en si petite quantité, qu'elle pourrait à peine suffire au traitement d'un seul malade. Dans plusieurs localités, le médecin qui croirait devoir appliquer le musc à l'un des cas dont nous avons parlé, se trouvera embarrassé par la pauvreté de ses clients ou pris au dépourvu par disette de cette substance rare et chère.

C'est donc, il me semble, rendre un vrai service à la médecine pratique que de rappeler à l'attention un succédané très-important, très-efficace, qui, en sus de ses nombreuses applications, répond parfaitement aux indications spéciales de la pneumonie avec délire et qui a au moins le mérite d'avoir une valeur vénale très-minime : je veux parler de l'acétate d'ammoniaque, véritable musc des pauvres et dont les riches aussi feront leur profit ; car sa valeur thérapeutique le pose en première ligne dans le traitement d'un grand nombre d'accidents nerveux.

V. L'*esprit de Mindérer*, qui n'était autre chose qu'un mélange d'acétate d'ammoniaque et de produits empyreumatiques, et que l'on obtenait par la réaction du vinaigre distillé sur le carbonate ammoniacal retiré de la distillation de la corne de cerf, jouissait autrefois d'un renom colossal dans le traitement des maladies typhiques ou typhoïdes, fièvres malignes, putrides, pétéchiales, typhus lui-même, etc. Rappelé à l'attention des praticiens, au commencement de ce siècle, par Masuyer, l'acétate d'ammoniaque, épuré et mieux préparé par la pharmacie moderne, fut réintroduit dans la thérapeutique du typhus nosocomial et de nos fièvres typhoïdes actuelles, et de là, par extension, par analogie, souvent appliqué au traitement de divers états nerveux essentiels ou compliquant d'autres maladies.

Les médecins devaient donc logiquement en venir à l'expérimenter aussi contre les complications ataxiques de la pneumonie. Cependant il y a été à peine mentionné. Nous ne trouvons de remarquable à ce sujet qu'un mémoire inséré dans les *Annales de*

*thérapeutique* de Rognetta, année 1847 (p. 91 et 99) ; il résulte de ce travail intéressant que, en 1847, à l'hôpital du Val-de-Grâce, M. l'inspecteur Alquié a fait l'application la plus heureuse de l'acétate d'ammoniaque au traitement de pneumonies et de bronchites capillaires très-graves, compliquées de symptômes cérébraux, avec délire, coma et tous les signes d'une encéphalite ou d'une méningite aiguë, symptômes à l'apparition desquels les saignées et le tartre stibié devenaient nuisibles ou insuffisants.

En citant le mémoire de M. Alquié, dans mes *Etudes sur les composés ammoniacaux* (*Archives générales de médecine,* année 1851), j'ajoutais que plusieurs fois moi-même j'avais eu occasion de constater l'efficacité de l'acétate contre les éléments nerveux qui se joignent aux pleuropneumonies.

Si, depuis cette époque, ces essais n'ont guère été répétés par d'autres, j'ai continué l'expérimentation, et aujourd'hui je suis arrivé à une telle somme de résultats favorables, que je puis formuler plus explicitement mon opinion.

Je considère donc l'acétate d'ammoniaque comme un modificateur d'une haute utilité, dès que l'élément ataxique met en relief la spécialité d'une pneumonie placée par ce fait seul en dehors des conditions communes de l'inflammation du poumon. Alors, en effet, la médication par le tartre stibié et par les émissions sanguines n'a plus sa raison d'être. Il faut un nouvel agent, capable de réduire l'élément ataxique et d'emporter avec lui le délire qui en est l'expression la plus évidente. L'acétate d'ammoniaque vaut souvent le musc en pareille circonstance ; nous dirons franchement plus tard quand il vaut plus ou moins.

Cette substance est un sel instable et ne peut malheureusement être obtenu, ou du moins conservé chimiquement pur, à l'état cristallin, pour l'usage médical. Malgré toutes les tentatives qu'ont bien voulu faire à cet égard mes collègues de la pharmacie, il a été impossible de réaliser la solution normale que j'avais proposée dans mon mémoire sur les ammoniacaux, laquelle eût été composée de 1 partie d'acétate neutre d'ammoniaque cristallisé, et de 10 parties d'eau distillée, — et dont l'emploi serait plus rationnel et plus facile à apprécier. Cette idée reste donc à l'état de vœu [1], et force nous est de nous contenter de la solution d'acétate d'ammo-

---

[1] Le docteur Rognetta dit, dans ses *Annales de thérapeutique* (année 1847, p. 94), qu'il a adopté exclusivement pour l'emploi médical l'*acétate d'ammoniaque solide ;* je ne sais vraiment pas comment il a fait pour se le procurer.

niaque dont la préparation est inscrite au Codex ([1]). Or, d'après le calcul de Soubeiran, cette solution contient un treizième d'acétate d'ammoniaque réel; il est bon de se le rappeler quand on prescrit ce sel, afin d'apprécier ses effets physiologiques ou thérapeutiques d'après la dose. Telle dose de ce médicament, sous sa forme pharmaceutique, qui paraîtrait énorme à des esprits timorés (j'en ai connu qui n'osaient le prescrire que par gouttes), ne contient qu'une proportion très-convenable de substance active; ainsi, 52 grammes ne représentent que 4 grammes d'acétate réel, ce qui n'a rien d'excessif; on peut, du reste, se contenter de moins; mais on pourrait être obligé, sans inconvénient, de dépasser cette limite ([2]).

Il importe d'être assuré des bonnes conditions chimiques du médicament. Celui-ci est d'une préparation prompte et facile; mais il ne se conservo pas très-bien, et devient acide par la volatilisation de sa base. Pour prévenir cette acidification, on met souvent dans la liqueur, au moment de sa préparation, selon le conseil du Codex, un léger excès de carbonate ammoniacal; j'engage à n'en rien faire: la liqueur, étant alcaline, est plus active, et elle peut alors, même à travers le véhicule d'une potion, irriter les muqueuses sur lesquelles elle passe, ce qui est au moins inutile; de plus, elle a alors un goût plus désagréable. D'un autre côté, si elle est acide, elle aura une action plus faible. Je conseille donc aux pharmaciens de tenir la liqueur *toujours neutre*, en la remontant par quelques fragments de carbonate ammoniacal ou quelques gouttes d'ammoniaque liquide; nonobstant cela, de ne pas la garder indéfiniment et de la renouveler souvent.

Ces renseignements ne peuvent pas être jugés inutiles au sujet d'un médicament que beaucoup de médecins ne sont pas habitués

---

([1]) Le Codex, édition de 1837, prescrit la préparation de l'*acétate d'ammoniaque liquide* de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Acide acétique à 3 degrés............. | 1,000 grammes. |
| | Carbonate d'ammoniaque.. ........... | Q. S. |

« Chauffez légèrement l'acide acétique; ajoutez-y par petits fragments le carbonate d'ammoniaque jusqu'à ce qu'il y en ait un léger excès; filtrez et conservez dans un flacon bien bouché. 1,000 parties d'acide acétique à 3 degrés exigent environ 60 à 70 de carbonate d'ammoniaque pour leur saturation; la liqueur saturée marque 5 degrés à l'aréomètre. »

([2]) M. Pierlot a indiqué tout récemment, dans le *Bulletin de Thérapeutique* (15 janvier 1863), un procédé d'après lequel on obtiendrait une liqueur contenant environ un dixième et demi d'acétate d'ammoniaque, et qui, par conséquent, serait plus active que la préparation d'après le Codex : il faudrait en tenir compte dans son emploi thérapeutique.

à manier, et ils serviront à ceux qui, comme les médecins de navires et de campagnes, seront obligés de le préparer eux-mêmes ou d'en assurer la conservation.

L'acétate d'ammoniaque médicamenteux ou liquide (il est entendu que c'est toujours de celui-là que nous parlons) doit être prescrit à 20 grammes au moins, pour développer ses propriétés thérapeutiques dans les pneumonies avec délire; si l'ataxie est considérable, si elle résiste à une première attaque, on n'hésitera pas à dépasser cette dose et à la porter à 40, 50, 60 grammes même par jour; je n'ai pas eu besoin d'aller au delà. On dépose le médicament dans une potion ayant pour véhicule une infusion de tilleul, de mélisse ou d'oranger, ou, ce qui est plus expéditif, des eaux distillées de ces plantes; on trouve dans le choix de ce véhicule le double avantage d'une aromatisation qui corrige le goût *sui generis* du médicament, et de nouvelles puissances antispasmodiques qui, toutes légères qu'elles sont, ne peuvent que soutenir celle de l'acétate d'ammoniaque. On peut édulcorer simplement avec les sirops de Tolu, de gomme, de capillaire; mais j'ai l'habitude de le faire, soit avec le sirop d'ipécacuanha, afin de ne pas oublier la lésion du parenchyme pulmonaire et de continuer à agir contre elle, soit avec du sirop d'opium, lorsque l'ipécacuanha entretient l'état nauséeux, ou lorsque je rencontre des circonstances dans lesquelles je crois devoir associer les propriétés calmantes de l'opium à celles de l'acétate d'ammoniaque.

Je reproduirai dans mes observations cliniques quelques exemples de mes formules.

Enfin, pour tout prévoir, comme l'on sait quelle difficulté l'on éprouve parfois à faire accepter des médicaments aux malades délirants, et comme on a d'autant plus de chance d'y réussir que le remède offre le plus petit volume possible, on pourra ingérer, par petites cuillerées, l'acétate d'ammoniaque pur, ou presque pur, et coupé d'un peu de sirop; mais c'est le cas alors de veiller à la neutralité absolue du sel ammoniacal. Quant à mettre ce médicament tout simplement, ou plutôt trop simplement dans les tisanes, comme je l'ai vu faire ou conseiller, je n'en suis pas du tout partisan; l'acétate d'ammoniaque y subirait immanquablement des déperditions dont il sera exempt si on le confie à une potion enfermée dans une fiole bien bouchée.

VI. S'il y a quelque chose qui doive étonner, c'est qu'il y ait encore des gens qui croient à l'action stimulante de l'acétate d'ammoniaque. Jamais plus grosse erreur n'a circulé en pharmacody-

namie, et il fallait qu'elle fût bien profondément entrée dans les esprits, puisque l'école de Giacomini elle-même a pendant longtemps casé les ammoniacaux dans la section si restreinte pourtant des hypersthénisants. Les expériences physiologiques seules eussent suffi à renverser cette prévention ; mais l'expérimentation thérapeutique démontre davantage combien elle est illusoire. L'application heureuse de l'acétate d'ammoniaque au traitement des pneumonies ataxiques en est une nouvelle preuve; est-ce en stimulant un sujet dont les fonctions nerveuses sont déjà autant stimulées que perverties, que ce médicament agit alors ? Y a-t-il lieu d'ailleurs d'exciter le système nerveux cérébro-spinal, ou de lui imposer une sédation devenue urgente? Si donc cette substance calme le délire et le fait disparaître, c'est qu'elle est sédative, et non capable d'augmenter l'éréthisme, d'où surgit le délire. Mais elle ne calme pas seulement les manifestations morbides de l'innervation; elle réprime ses mouvements désordonnés; elle rétablit l'harmonie et l'équilibre entre les actions nerveuses; elle met l'ordre à la place du désordre; elle répond précisément en conséquence, et dans l'espèce, à l'indication : en un mot, elle est anti-ataxique.

Mais ce n'est pas seulement sur les nerfs que l'acétate d'ammoniaque étend son influence sédative ; loin de fouetter la circulation sanguine, comme on l'a faussement prétendu, et d'activer ainsi les mouvements pathologiques, tels que la fièvre, ou certaines fonctions physiologiques, telles que la transpiration cutanée, il ralentit, au contraire, le cours du sang, abaisse plutôt qu'il n'élève la caloricité, et même, pour peu que l'on y insiste, conduit à un état de dépression qu'il pourrait être grave de méconnaître, parce qu'on pourrait l'exagérer dans des circonstances où il importe, au contraire, de l'éviter. Les Italiens ont eu raison de revenir d'une première méprise, en l'admettant dans leurs hyposthénisants cardiaco-vasculaires ; et quant à nous, sans nous emparer de ce langage systématique et prétentieux, nous sommes fondé aussi à le considérer comme un sédatif du système circulatoire, comme un tempérant, et, à l'occasion, si son emploi pèche par l'excès ou par l'abus, comme un débilitant.

Cela est si vrai, que, dans la fièvre typhoïde, où l'acétate d'ammoniaque est très-bien placé contre la forme ataxique, on ne peut ni en exagérer les doses, ni trop en continuer l'emploi, sous peine d'amener une prostration toujours imminente dans cette maladie ; que là encore ce même médicament est plus nuisible qu'utile contre la forme adynamique ; et qu'enfin, dans la pneumonie typhoïde,

on ne peut en user qu'avec une extrême réserve, si la faiblesse prédomine sur l'éréthisme nerveux.

Mais en revanche, et par cela même, l'acétate d'ammoniaque s'accommodera parfaitement avec la pneumonie ataxique, greffée sur un fond réel d'inflammation, et qui a ainsi tout à gagner à l'emploi d'un remède antispasmodique et tempérant, qui bride à la fois les organes vasculaires et les organes nerveux. On voit, en effet, la plupart du temps, tomber l'éréthisme vasculaire avec le délire et les autres excitations nerveuses.

Cette action tempérante de l'acétate d'ammoniaque m'a paru si inhérente à sa faculté pharmacodynamique, que je l'ai invoquée avec succès dans des circonstances où elle seule devait être mise en évidence. On voit parfois, dans le décours des maladies aiguës, la fièvre persister sans liaison plausible avec les lésions d'organes, lesquelles marchent d'ailleurs vers une solution favorable. Eh bien, rien que pour faire tomber le pouls et rendre la peau fraîche, j'ai eu l'idée de donner l'acétate d'ammoniaque, et souvent je suis arrivé, par cet unique moyen, à normaliser le rhythme circulatoire et à dégager la convalescence du dernier phénomène morbide qui la masquait ou l'entravait.

VII. Il résulte de ce qui précède que l'acétate d'ammoniaque n'a pas une action physiologique identique à celle du musc, quoiqu'elle en soit très-voisine à certains égards. Si le premier peut remplacer le second dans plusieurs cas, et je dirai même dans les cas les plus communs de pneumonies avec délire, néanmoins il en restera toujours quelques-uns qui pourront réclamer plutôt l'un que l'autre de ces deux médicaments.

En effet, tous les deux sont antispasmodiques, modérateurs des perturbations nerveuses, régulateurs de l'influx nerveux, anti-ataxiques, si l'on peut ainsi dire. Mais le musc en même temps soutient les actions organiques nutritives, stimule même; tandis que l'acétate d'ammoniaque ralentit le mouvement circulatoire, et agit probablement en outre sur le sang en atténuant sa fibrine, comme le font tous les ammoniacaux, phénomènes qui ne s'obtiennent pas sans amener une débilitation proportionnelle. S'il ne faut qu'un peu trop d'excitation pour nuire dans un cas, il suffit aussi, dans un autre cas, de déterminer un peu trop de faiblesse pour dépasser la limite que la sédation thérapeutique doit atteindre. La sagacité du clinicien consistera donc ici à faire bénéficier les conditions morbides différentes, des spécialités d'action dont deux médicaments similaires, mais non pas identiques, je le répète, sont susceptibles.

En conséquence, dans la pneumonie avec délire ataxique, dans la pneumonie où l'ataxie, plus insidieuse, se lie avec ce que l'on est convenu d'appeler la malignité, les éléments nerveux surgissant d'un état inflammatoire primitif, et coïncidant encore, au moins dans l'ataxie ordinaire, avec un certain degré de résistance vitale, on pourra fort bien placer indifféremment le musc ou l'acétate d'ammoniaque. Toutefois, que pour certaines nuances l'un convienne encore plus que l'autre, je ne le conteste pas; mais, dans la généralité des cas, l'acétate d'ammoniaque devra être administré avec confiance; il devra être surtout résolûment accepté à défaut de musc, et c'est à cette occasion qu'on peut le considérer comme en étant le précieux succédané. Or, comme les pneumonies de l'espèce dont il vient d'être question sont celles que l'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique, toutes réclamant l'intervention de la médication antispasmodique, il en résulte que les circonstances ne manqueront pas, où, tout en économisant sur le prix du médicament, on n'aura qu'à s'applaudir du choix du succédané.

Je dirai même que, depuis que je suis en Provence, où les maladies se compliquent fréquemment d'accidents nerveux, et où j'ai vu peut-être plus qu'ailleurs des pneumonies ataxiques, l'acétate d'ammoniaque m'a paru généralement plus efficace que le musc; aussi dans ma clinique et dans le cas dont il s'agit, j'ai actuellement plus souvent recours au premier moyen, dont les remarquables avantages ont pu être maintes fois constatés par mes élèves.

Les pneumonies, qui compliqueraient les fièvres éruptives, et qui deviendraient malignes et délirantes, fort graves par la virulence de leur origine, peuvent encore néanmoins être conjurées par le musc ou par l'acétate d'ammoniaque. Si l'adynamie y prédominait, le musc, la teinture de musc surtout, associée à l'extrait de quinquina, sembleraient devoir être employés de préférence. Mais si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, l'acétate d'ammoniaque, à hautes doses, fait plus promptement justice des pneumonies malignes concomitantes de la rougeole et de la scarlatine. Peut-être est-ce que l'influence favorable qu'exerce ce médicament sur les accidents nerveux qui signalent souvent la phase d'invasion de ces maladies se propage jusqu'aux pneumonies spécifiques qui viennent ultérieurement les compliquer.

La pneumonie de la dothinentérie, si elle se manifeste dès la première période de celle-ci, peut encore être attaquée par l'acétate d'ammoniaque, parce qu'à cette période les accidents nerveux liés à l'état typhoïde sont encore justiciables de ce médicament. Mais si la

pneumonie, toute secondaire alors, éclate dans les phases ultérieures de la dothinentérie, et si le délire survenant en même temps ou redoublant, inspire la pensée d'attaquer la complication par un médicament spécial, il est à craindre que l'acétate d'ammoniaque ne tende à exagérer l'adynamie, l'état cachectique que l'on observe à cette époque de la maladie première, et je serais plus disposé à conseiller en cette extrémité la teinture de musc seule, si elle doit suffire, et sinon appuyée par le quinquina.

Pour être complétement armé devant les variétés d'expression de la pneumonie typhoïde essentielle, il faudrait avoir également à sa disposition le musc et l'acétate d'ammoniaque. Le premier convient aux deux variétés principales, l'ataxique et l'adynamique ; le second ne convient qu'en cas d'ataxie pure ou d'ataxo-adynamie ; mais s'il y a coma, oppression et surtout résolution des forces, il y aura plutôt contre-indication du sel ammoniacal. Ce dernier aspect n'étant pas celui que prend le plus fréquemment la pneumonie typhoïde, il restera de nombreuses occasions d'y suppléer le musc par l'acétate d'ammoniaque.

En résumé, et en empruntant le langage clinique de nos pères, le musc et l'acétate d'ammoniaque se partagent l'indication et se suppléent l'un l'autre dans la *malignité ;* le musc seul est admissible en présence de la *putridité :* non pas qu'il la guérisse, mais il ne nuit point à la situation, comme pourrait le faire un composé ammoniacal. Nos anciens n'ont pas fait cette distinction ; mais c'est qu'aussi l'un de leurs agents différait de notre acétate d'ammoniaque actuel. Leur *esprit de Mindérer* ou *Mindererus,* chargé d'huiles empyreumatiques, devait avoir un autre mode d'action thérapeutique, et il paraît, en effet, qu'il était plus ou moins stimulant ; ils le jugeaient du moins comme tel. On comprend alors qu'ils aient également conseillé le musc, l'esprit de Mindérer et diverses autres substances plus ou moins comparables, dans les *fièvres putrides et malignes ;* mais nous ne serions pas excusable de reproduire aujourd'hui cette classification dans les remèdes et dans les indications.

(*La suite au prochain numéro.*)

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**Du mode de réduction et du maintien des fragments dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Quelle est la durée nécessaire à la consolidation de cette fracture [1]?**

Par M. le professeur Jarjavay.

Mais deux questions importantes se présentent immédiatement : Peut-on lever sans danger l'appareil avant que la fracture soit bien consolidée? Quelle est la durée nécessaire à cette consolidation ?

M. Diday le premier (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. I, p. 162) a signalé l'avantage de rendre au blessé le plus tôt possible la facilité et l'étendue naturelle des mouvements du poignet ; il a remarqué en outre que la consolidation est ici plus prompte que dans toute autre fracture, et il a pu enlever l'appareil sur un malade, au bout de vingt-trois jours. M. Voillemier (*loc. cit.*, p. 302) conclut à la simplicité des moyens de contention et fixe leur levée du vingtième au vingt-quatrième jour. M. Nélaton (*loc.cit.*, p. 745) admet le terme fixé par M. Diday, et M. Malgaigne « renouvelle son appareil du dix-huitième ou vingt-deuxième jour, pour s'assurer de l'état des choses et remédier au déplacement s'il s'était reprodnit ; après quoi il n'y touche plus qu'au trentième jour pour mettre le membre tout à fait en liberté. » C'est du vingtième au trentième jour que le retire M. Velpeau (*Dict.* en 30 vol., t. XXV, p. 285), et dès lors il imprime tous les matins et avec réserve des mouvements au poignet. M. Hervez de Chégoin cesse son traitement le vingt-cinquième jour et Robert du vingt-cinquième au trentième jour. Ce dernier (*loc.cit.*, ) cite cependant un cas où la consolidation a été obtenue en douze jours et un autre où il put cesser sans inconvénient tout traitement au bout de huit jours.

En résumé, la plupart des chirurgiens enlèvent leur appareil quand la consolidation leur paraît parachevée, et ils estiment que cette consolidation est complète du vingtième au trentième jour.

Une série d'observations recueillies depuis cinq ans dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, m'a permis de résoudre cette double question, en me donnant des résultats différents. Il est inutile de les rapporter toutes ; je n'en citerai que quelques-unes, me bornant à indiquer les autres.

Et d'abord, je classerai ces observations en trois groupes.

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 17.

Le premier en comprend douze. La réduction a été faite par le procédé et maintenue au moyen de l'appareil que j'ai décrits; j'enlevais celui-ci le vingt-cinquième jour seulement. La main, dans tous ces cas, ayant été complétement libre, la gêne des mouvements n'a existé que chez trois malades, et encore à un faible degré. Chez tous, la régularité du poignet était parfaite.

Si ces observations n'apprennent rien de nouveau sur la durée nécessaire à la consolidation, elles démontrent que par mon procédé de réduction et l'application de mon appareil, on peut facilement donner au fragment carpien absolument la même direction que celle de l'extrémité inférieure du radius et que, malgré les mouvements de la main, ce fragment ne s'est pas déplacé.

Le second groupe se compose de sept. Ces observations donnent lieu aux mêmes remarques que les précédentes. Seulement, en vue de procurer un retour plus complet et plus prompt des mouvements normaux du poignet, j'enlevai plus tôt l'appareil, d'abord chez les deux premiers malades le vingt-deuxième jour, chez le suivant le vingtième, chez les quatre derniers le dix-huitième jour. Je constatai à ces diverses époques qu'ils avaient tous leur fracture consolidée.

Le troisième groupe embrasse tous les cas qui se sont présentés dans mon service depuis le mois de juillet 1862.

*Obs. III.* D*** (Jean), quarante-deux ans, tempérament sanguin, tourneur en cuivre, entré le 8 février 1863, salle Saint-François, n° 3, est tombé la veille d'un escalier à partir des six à sept premières marches. Voulant garantir sa tête du choc contre le sol, il a porté en avant le bras gauche, et le poignet a supporté tout le poids du corps par sa face palmaire.

Le 9, au matin, on constate de la tuméfaction dans la région du poignet; point d'écorchure ni d'ecchymose. La déformation de la région est peu prononcée ; la main tombe dans la flexion, et l'avant-bras du côté blessé est supporté par la main saine de l'autre côté. Quand on porte le pouce sur la face dorsale de l'avant-bras, à 3 centimètres environ au-dessus de l'articulation radio-carpienne, et que, d'autre part, on porte la main du malade dans l'extension, on produit une flexion de la partie inférieure du radius. La mobilité et la déformation dans le poignet suffisent pour mettre la fracture en évidence ; je ne cherche même pas à développer la crépitation, afin de ne pas provoquer des douleurs inutiles. La main n'est pas inclinée en dehors ; rien à noter du côté de l'apophyse styloïde du cubitus.

Un aide tient immobile le coude gauche du blessé dont l'avant-bras est dans la pronation. Nous fléchissons vers le bas l'extrémité inférieure du radius, en appuyant avec les pouces des deux mains sur sa face dorsale, tandis que les autres doigts entrecroisés appuient par les indicateurs sur le fragment supérieur. Un craquement se fait sentir, et aussitôt le poignet a acquis sa conformation normale. La douleur a été très-tolérable et n'a pas longtemps survécu aux manœuvres de la réduction. Compresses graduées et attelles allant de l'extrémité inférieure du radius au coude; circulaires de diachylon aux deux extrémités pour les maintenir; écharpe; quatre portions.

Les jours suivants le gonflement diminue; on recommande au malade de se servir de sa main comme s'il n'avait pas de fracture.

Le 22. Ablation de l'appareil. Le poignet est bien conformé ; les mouvements de la main et des doigts sont à peine gênés ; consolidation.

D*** sort le 27 pour aller reprendre son travail.

*Obs. IV.* Ch*** (Joseph), dix-huit ans, tempérament nerveux, ouvrier en papiers peints, avait fait, le 22 mars 1863, une chute sur la face antérieure du poignet droit. Il avait senti un craquement au moment de l'accident. Il entre le lendemain salle Saint-Lazare, n° 1, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le 24 mars, à la visite du matin, nous constatons : un gonflement modéré du poignet droit avec une légère excoriation sur la face palmaire et sans ecchymose. La douleur empêche les mouvements dans l'articulation radio-carpienne. On reconnaît facilement que l'extrémité inférieure du radius est fracturée rien qu'à la déformation, à la saillie qui existe en avant sur la partie inférieure de l'avant-bras, à la dépression correspondante sur la face postérieure. Mobilité anormale; nous ne jugeons pas qu'il soit nécessaire d'obtenir la crépitation. Réduction immédiate par notre procédé habituel; application de l'appareil susindiqué; écharpe; quatre portions.

Le 7 avril. L'appareil enlevé, nous constatons que le fragment inférieur est solidement soudé au supérieur et dans une parfaite direction. Tous les mouvements sont libres.

*Exeat* le lendemain, 8.

*Obs. V.* Il s'agit dans ce cas d'une femme de quarante-sept ans, vernisseuse, d'un bon tempérament, qui, dans la journée du 30 mars 1863, a fait sur la face palmaire de la main droite une chute qui a occasionné une fracture de l'extrémité inférieure du

radius correspondant. Cette fracture se présente avec tous les symptômes classiques : tuméfaction, douleur, gêne dans les mouvements du poignet, déformation de la région en forme de talon de fourchette, mobilité dans l'extrémité inférieure du radius ; crépitation. Cette malade, entrée le 31, est au n° 8 de la salle Sainte-Marthe.

Le 1er avril. La réduction est opérée comme dans tous les cas précédents ; le même appareil est appliqué. L'avant-bras est maintenu dans une écharpe ; quatre portions.

Le 6. Le gonflement ayant disparu, l'appareil est devenu lâche. On coupe avec des ciseaux les tours de la bande de diachylon. Une encoche existant sur la face postérieure du radius, la réduction est renouvelée et produit très-peu de douleur. Réapplication du même appareil, mais plus serré.

Le 15. Les moyens de contention enlevés, nous trouvons que le poignet a une direction très-régulière. La consolidation est constatée par tous les assistants. Les mouvements du poignet sont libres ; la malade fait seulement remarquer qu'elle a moins de force.

Rien de nouveau les 16 et 17. *Exeat* le 18.

*Obs. VI.* F*** (Eugène), trente-deux ans, cantonnier, d'un tempérament robuste, est entré le 16 avril 1863, salle Saint-Lazare, n° 6.

Le jour même de son arrivée à l'hôpital Saint-Antoine, comme il élaguait un arbre, il est tombé d'environ 19 mètres sur le sol. Le 17, à la visite du matin, nous notons des contusions sur le côté gauche de la poitrine et sur la hanche du même côté. De plus, la main gauche est gonflée et ecchymosée, principalement à la face dorsale ; des écorchures se font remarquer sur la face palmaire du poignet, qui est déformé en talon de fourchette ; la main est inclinée sur le bord radial de l'avant-bras ; la pression sur l'apophyse styloïde du cubitus détermine une vive douleur. La phalange moyenne du doigt médius de la même main est luxée en arrière sur la première phalange ; la peau est déchirée au niveau des plis palmaires correspondant à l'articulation. Une pression exercée avec le pouce d'arrière en avant sur l'extrémité supérieure de la phalange luxée détermine facilement la réduction.

Malgré le gonflement du poignet gauche, je réduis immédiatement le fragment inférieur de la fracture du radius en fléchissant fortement la partie inférieure de cet os au moyen du procédé sus-indiqué ; en même temps que la flexion s'opère, je pousse en dedans vers le cubitus ce fragment carpien. Le malade ressent pendant la manœuvre une vive douleur ; mais le poignet a sa direction normale. Vu le gonflement, je m'abstiens d'appliquer l'appareil de

contention. L'avant-bras et la main dans la pronation sont placés horizontalement sur un coussin. Un cataplasme de farine de graine de lin enveloppe le membre; bouillons, potages.

Les 18 et 19. Le gonflement se maintient au même degré; point de douleur. Même prescription.

Le 21. Phlyctène remplie de sérosité brunâtre à la partie interne du médius au niveau de l'articulation, siége de la luxation. Le poignet ne s'est point déformé, c'est-à-dire qu'en l'absence d'appareil contentif la réduction se maintient.

Le 22. Au niveau de la première articulation phalangienne, la peau de la face palmaire du doigt médius est d'un blanc grisâtre, insensible à la piqûre. Du pus sort par la rupture cutanée que nous avons constatée dès le premier jour.

Le 23. La peau de la face dorsale est aussi sphacélée au même niveau. Tuméfaction et rougeur dans la paume de la main au-dessus de la base du médius. Une incision est pratiquée à ce niveau avec le bistouri; issue d'un pus sanieux. 84 pulsations, soif, point d'appétit. Un pot de limonade sucrée; d'ailleurs même prescription.

Cependant le poignet n'est pas plus tuméfié; malgré les mouvements imprimés à la main et à l'avant-bras pour les pansements, le fragment carpien ne s'est pas déplacé.

Le 24. Ouverture d'un abcès sur la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne.

Le 29. Toute la partie du doigt médius antérieure à cette dernière articulation est frappée de gangrène. Une pression avec l'ongle du pouce sur la face dorsale de ce doigt la détache sans difficulté; on voit alors l'intérieur de cette jointure. Porte-t-on en dehors l'extrémité antérieure de la seconde phalange, on trouve que le ligament latéral interne résiste; l'incline-t-on en dedans, le ligament latéral externe détruit laisse apercevoir un espace entre les os; en haut, nul obstacle; le ligament glénoïdien n'offre que des détritus qui tiennent encore à la seconde phalange, mais qui n'ont aucune adhérence avec la première. Je coupe avec des ciseaux le ligament latéral externe pour achever la séparation qui était presque entièrement spontanée. On continue l'application de cataplasmes de farine de graine de lin.

Le 30. Nous cherchons avec ménagements à ébranler le fragment inférieur de la fracture. La consolidation est opérée.

Le 3 mai. L'appétit est revenu; point de fièvre; de l'empâtement existe autour du poignet; suppuration par l'incision de la paume

de la main et au niveau du moignon. Il n'y a plus de rougeur. Pansement simple avec le linge cératé; deux portions.

Le 25 mai. Extraction avec des pinces de l'extrémité antérieure de la phalange, qui s'est nécrosée. Trois portions.

Le 4 juin. La cicatrisation est partout achevée. Les mouvements du poignet manquent de souplesse et ont peu d'étendue. La direction dans le sens vertical est très-régulière. L'apophyse styloïde du cubitus fait un peu plus de saillie que du côté sain. Cependant la main n'est pas sensiblement inclinée sur le bord radial de l'avant-bras. Nous exhortons F*** à exercer sa main dans l'extension et dans la flexion. *Exeat.*

Cette observation fixera notre attention à deux égards.

Au point de vue de la luxation des phalanges, nous remarquons qu'un ligament latéral était rompu tandis que l'autre avait conservé son intégrité; que le ligament glénoïdien ou antérieur était détaché de la première phalange et qu'il avait dû suivre dans le déplacement la seconde, à laquelle il tenait encore. Ces détails sont identiques à ceux que j'ai constatés dans un autre cas de luxation de la phalange et du pouce (*Arch. gén. de méd.*, t. XXI, 4e série, p. 293).

Au point de vue de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, nous dirons que la réduction a réussi d'une manière complète à porter le fragment carpien dans sa direction normale; que la main n'était nullement inclinée sur le bord radial de l'avant-bras, malgré la saillie de l'apophyse styloïde du cubitus, qui est restée longtemps douloureuse; que la manœuvre de réduction n'a pas développé d'inflammation dans le poignet quoiqu'il fût contus; qu'enfin, aucun appareil n'ayant été appliqué, la réduction s'est parfaitement maintenue, et que la fracture était consolidée le quatorzième jour. Si, au bout de quarante-neuf jours, il y avait encore de la roideur dans les mouvements du poignet et des doigts, on ne peut accuser que le phlegmon de la main et la gangrène de la partie antérieure du doigt médius, complications qui tenaient à la contusion qu'avait déterminée la chute d'un lieu élevé sur le sol.

*Obs. VII.* R*** (Jean-Baptiste), trente-neuf ans, amaigri et débilité, journalier, entré le 1er juin 1863 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, nº 8, est tombé de sa hauteur le 30 mai au soir sur la face palmaire de la main droite. Il n'a senti au moment de l'accident qu'une vive douleur dans le poignet.

Le 2 juin. Ce malade se présente à nous soutenant sa main droite avec sa main gauche. Il craint de faire le moindre mouvement dans la partie blessée. Son poignet droit n'est cependant pas bien gonflé;

il n'est atteint ni d'ecchymose, ni de rougeur ; mais il est déformé en talon de fourchette à un degré très-prononcé. La fracture de l'extrémité inférieure du radius est, en conséquence, évidente. Nous constatons aisément la mobilité du fragment carpien ; point de crépitation, ou du moins nous ne voulons pas exercer de violence pour l'obtenir.

Réduction immédiate par notre procédé habituel, non sans douleurs et sans cris. Le poignet a repris aussitôt sa conformation normale; application du même appareil que nous avons déjà indiqué. Nous engageons le malade à se servir de sa main, et soutenons l'avant-bras dans une écharpe. Trois portions.

Le 3. A peine du gonflement, les mouvements spontanés de flexion et d'extension se font sans douleur.

Le 4. On applique de nouvelles bandes de diachylon, l'appareil ne nous paraissant pas assez serré. Nous profitons de l'occasion pour vérifier si la conformation du poignet est régulière. Sa direction est parfaite. Le fragment carpien est très-mobile.

Le 15 juin. Ablation de l'appareil ; consolidation et coaptation très-exacte des fragments; point d'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané qui est très-souple ; mouvements de la main complétement libres.

Nous observons le malade deux jours encore ; rien à noter. *Exeat* le 17 juin.

*Obs. VIII.* F*** (Emile), d'une bonne constitution, est âgé de dix-neuf ans. Il occupe le nº 16 de la salle Saint-François.

Le 3 juin 1863 il est tombé, place de la Bastille et de sa hauteur, sur la face palmaire du poignet gauche. Un médecin ayant été appelé auprès de lui, soit qu'il n'eût pas constaté de fracture de l'extrémité inférieure du radius, soit que la réduction n'entrât pas dans ses vues, s'était contenté d'appliquer des compresses graduées trempées d'eau blanche sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras et du poignet et les avait maintenues avec une bande roulée. Comme F*** souffrait toujours, il se décida à entrer dans nos salles. Cet appareil enlevé, nous constatons la déformation caractéristique de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. De plus, la mobilité du fragment carpien est facile à obtenir ; gonflement léger, point de rougeur ; la douleur est assez forte pour empêcher F*** de se servir de sa main. Rien du côté de l'apophyse styloïde du cubitus ; point d'inclinaison de la main sur le bord radial de l'avant-bras.

Nous soumettons F*** au même traitement que les malades pré-

cédents, c'est-à-dire que nous fléchissons brusquement en bas l'extrémité inférieure du radius. Crépitation au moment de la réduction; la douleur n'est pas très-grande. Application des attelles garnies de compresses graduées et maintenues par des bandes de diachylon. En prenant l'avant-bras des deux mains, nous le secouons d'avant en arrière, une fois l'appareil appliqué, de manière à secouer la main dans la flexion et l'extension : ces mouvements rapides ne sont pas douloureux. Echarpe pour soutenir l'avant-bras; quatre portions.

Au bout de quatre jours, il n'y a pas le moindre gonflement, et la main se meut très-librement.

Le 15 juin. L'appareil est enlevé. Nul empâtement du poignet; les mouvements sont aussi étendus que dans l'état normal; direction parfaite du poignet; consolidation.

Les 16 et 17. Même état. *Exeat* le 18.

On voit, d'après ces faits, qu'il n'est pas indispensable dans tous les cas de maintenir l'appareil jusqu'à l'époque de la consolidation complète de la fracture. L'observation VI nous démontre, qui plus est, une guérison très-louable, sans qu'aucun moyen de contention ait été mis en usage après la réduction, et cela malgré la contusion, la gangrène de la moitié inférieure d'un doigt et un phlegmon dans la paume de la main. On lit dans le cas nº 1, que le membre a été laissé libre dès le quatrième jour. Aussi nous avons constaté une mobilité complète dans les articulations du poignet au septième jour de la fracture, au point qu'on n'aurait pas pu croire à l'existence d'une lésion si récente, si on ne l'avait pas déjà constatée. Il est vrai qu'il n'en est pas de même dans les autres cas. Chez le sujet de l'observation VII les moyens de contention ont été enlevés le cinquième jour; le septième chez celui de l'observation V : l'un a dû subir les manœuvres d'une nouvelle réduction, parce que la forme du poignet n'avait pas paru satisfaisante, et l'appareil avait dû être replacé; l'autre avait présenté le fragment carpien très-mobile, et il avait encore fallu le fixer de la même manière. Nous avons déjà fait remarquer, dans l'observation II, que l'avant-bras du malade ayant été laissé libre le cinquième jour, le fragment carpien s'était déplacé, quoique la main fût pendante hors d'une écharpe, et qu'il avait été jugé indispensable de réappliquer les attelles et les bandes de diachylon jusqu'à la consolidation. Les autres malades ont gardé l'appareil jusqu'à cette époque.

Concluons que, vers les quatrième et cinquième jours, et *à fortiori* vers les septième, huitième et neuvième jours d'une fracture de l'ex-

trémité inférieure du radius, le chirurgien est autorisé à lever son appareil pour laisser le poignet libre dans une écharpe, en recommandant au malade de ne se servir de sa main qu'avec ménagements. Il pourra toujours réappliquer les moyens de contention, s'il constate le jour même ou le lendemain une trop grande mobilité ou un nouveau déplacement du fragment carpien, qu'il devra remettre dans sa direction normale. Si, au contraire, il ne trouve aucune indication de réapppliquer l'appareil, il donnera au malade, en s'abstenant ainsi, l'incontestable avantage de récupérer plus rapidement la facilité des mouvements dans les articulations du poignet et de la main. L'observation I donne la preuve de ce que j'avance.

Enfin, sur les 8 malades dont l'histoire est ici relatée, 4 ont eu leur fracture consolidée le seizième jour; 1 le quinzième jour; 2 le quatorzième jour; 1 le douzième jour.

D'où je conclus que la fracture de l'extrémité inférieure du radius est plus rapidement consolidée qu'on ne le pense généralement et qu'il n'y a aucun danger, si l'on craint toutefois de l'enlever plus tôt, à ôter tout appareil dès le seizième jour, époque à laquelle la solidité est complète.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Des saccharures et de leur emploi pour la préparation des tisanes.

Par M. DANNECY, pharmacien en chef des hôpitaux civils de Bordeaux.

L'emploi des tisanes, et surtout des tisanes sudorifiques et dépuratives, est souvent prescrit, comme élément essentiel d'un traitement, à des malades qui sont dans l'impossibilité de les préparer eux-mêmes ou de les faire préparer dans de bonnes conditions.

Le désir souvent manifesté par un grand nombre de ces malades, et par beaucoup de praticiens, d'avoir sous une forme commode, d'une conservation facile et presque indéfinie, une préparation se prêtant à toutes les exigences de la thérapeutique, m'a suggéré l'idée d'appliquer la forme de saccharure, employée jusqu'ici pour un petit nombre de médicaments, à la généralité des substances qui servent à préparer les tisanes; j'ai remplacé les alcoolatures par la solution d'extrait. Voici comment je procède :

*Saccharure de saponaire.*

| | |
|---|---|
| Extrait de saponaire................. | 100 grammes. |
| Eau................................ | 100 grammes. |
| Sucre blanc........................ | 1,200 grammes. |

Faites dissoudre l'extrait dans l'eau, ajoutez le sucre, faites cuire au grand soufflé, retirez du feu et agitez continuellement jusqu'à refroidissement avec une spatule de bois ou un bistortier, jusqu'à ce que le tout soit réduit en grains pulvérulents.

Chaque cuillerée à potage de ce saccharure pèse 12 grammes et renferme 1 gramme d'extrait qui représente environ 3 grammes de feuilles de saponaire sèche, quantité officielle indiquée pour un verre de tisane. On comprend qu'il est facile de varier les doses suivant les exigences et avec les tableaux de rendements d'extraits publiés dans les traités de pharmacie; il est facile d'avoir des saccharures dont les rapports avec la quantité de plantes soient parfaitement connus.

Mais, à la préparation des tisanes ne se bornent pas les avantages de cette forme pharmaceutique, elle peut se généraliser et remplacer aussi le plus grand nombre des sirops, dont la conservation est souvent difficile dans la saison chaude; elle constitue en quelque sorte une espèce de sirop solide, d'un dosage aussi simple que le sirop ordinaire, dont les proportions pourraient être maintenues, transportable, facile à loger et à conserver.

Pour ne citer qu'un seul entre tous, le saccharure d'ipécacuanha ne rendrait-il pas un très-grand service dans une infinité de circonstances de la médecine des enfants, ce médicament si nécessaire et qui fait toujours partie du bagage de la mère de famille, dans son séjour loin de la ville et hors de la proximité des pharmaciens ?

---

**Apozème à la rhubarbe et au colombo.**

Dans certaines formes de la gastro-entéralgie consécutive à la dysenterie, et dans les gastralgies avec tendance à la constipation, M. Delioux emploie avec succès la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Racine de columbo.................... | 4 grammes. |
| Racine de rhubarbe.................... | 1 gramme. |
| Eau.................................... | 200 grammes. |

Versez l'eau bouillante, le soir, sur les racines incisées, et laissez infuser jusqu'au matin. — A prendre à jeun.

---

**Falsification du lactate de soude.**

Depuis quelques années les lactate de fer, lactate de zinc, lactate de soude tendent à jouer un rôle important en thérapeutique; celui que les médecins prescrivent le plus souvent est le lactate de soude; il est le dernier venu!

Un malade auquel on avait ordonné du lactate de soude reçut dans une pharmacie un médicament liquide, dans une autre une préparation solide. Craignant une erreur, il se plaignit à son médecin qui, lui-même très-surpris de ce fait, nous pria d'en examiner la cause. Nous fîmes prendre chez M. Menier, dont la probité commerciale nous est très-connue, du lactate de soude qui devait nous servir de point de comparaison avec celui que nous avions préparé à cet effet.

Nous fîmes acheter aussi chez divers fabricants de produits chimiques de Paris du lactate de soude : dans quelques maisons, on nous en délivra une préparation liquide, dans d'autres le produit était solide.

Le lactate de soude convenablement préparé offre la fluidité d'un sirop si épais, que la lumière le traverse avec peine ; il a une couleur jaune légèrement ambrée, il attire puissamment l'humidité de l'air ; sa densité au pèse-sel de Baumé est de 1,37 ; il est soluble dans l'eau distillée. Cette solution aqueuse est claire et limpide ; elle rougit légèrement le papier de tournesol. Si on l'additionne d'acide sulfurique, il ne s'y forme aucun précipité ; lorsqu'on y ajoute de l'alcool rectifié, il y en a un. Cette solution ne forme aucun précipité avec une solution d'acide oxalique.

Si on calcine le lactate de soude dans un creuset, on obtient un culot solide, amorphe, blanc grisâtre, d'une saveur âcre, urineuse ; rendu humide, il est gras et onctueux au toucher ; dissous dans l'eau distillée, il n'est pas précipité par les autres alcalis ; l'hydrochlorate de platine n'y forme aucune coloration jaune. Dissous dans de l'eau acidulée d'acide sulfurique, on obtient par l'évaporation du véhicule de beaux cristaux de sulfate de soude, reconnaissables à leurs caractères physiques et chimiques.

L'échantillon solide, vendu comme lactate de soude, est en plaque d'un centimètre d'épaisseur, d'une couleur blanc jaunâtre, sans forme cristalline, il n'est pas hygrométrique, il est soluble dans l'eau ; cette solution aiguisée d'acide sulfurique précipite abondamment en blanc ; lorsqu'on lui ajoute de l'alcool rectifié, cette solution précipite encore avec une solution d'acide oxalique ; elle se trouble avec le nitrate d'argent.

Si on calcine ce sel à une forte chaleur, on trouve dans le creuset un culot solide, amorphe, blanc jaunâtre, il verdit le sirop de violette, 25 parties d'eau distillée froide n'en dissolvent que 0,05. Cette solution, convenablement filtrée, présente aux réactifs suivants tous les caractères de l'oxyde de calcium ; elle précipite en

blanc avec une solution d'oxalate d'ammoniaque; le précipité pulvérulent nacré est redissous dans de l'acide nitrique; une solution de deuto-chlorure de mercure forme aussi avec cette solution un précipité jaune qui passe au brun, c'est de l'eau phagédénique.

Dans quel but substitue-t-on le lactate de chaux au lactate de soude? Pour deux raisons : il est plus facile à préparer, et son prix de revient est moins élevé. Comme action thérapeutique nous n'avons pas à nous prononcer si elle est la même pour l'un comme pour l'autre lactate, nous devons nous borner à constater qu'il y a tromperie sur la chose vendue. Stanislas Martin.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Éclampsie très-grave traitée avec succès par les affusions froides et l'opium à haute dose.**

J'ai publié l'an dernier dans ce recueil (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXII, p. 122) une observation d'éclampsie, de laquelle j'avais cru pouvoir, malgré la mort de la malade, conclure à l'efficacité des affusions froides contre l'élément *coma* dans l'éclampsie. En effet, cette médication employée avec méthode et persévérance avait triomphé d'un état comateux durant depuis soixante-douze heures, et l'analyse des détails de l'observation prouvait que la mort, survenue brusquement deux jours après la cessation de tout accident éclamptique, sans nouvelle convulsion et sans nouveau coma, devait être attribuée à l'état profondément anémique dans lequel se trouvait la malade au moment où elle fut atteinte de sa terrible affection. Aussi j'ajoutais que, dans un autre cas dégagé de ces conditions antérieures défavorables, on était en droit d'attendre un succès complet et d'espérer que la malade, une fois tirée de son coma par les affusions froides, marcherait vers une guérison parfaite. Voici une nouvelle observation qui vient à l'appui de ces conclusions.

*Obs.* Le 2 janvier 1863, je suis appelé près de la femme Viard, de Burey-en-Vaux, âgée de vingt ans, primipare. Accouchée spontanément à quatre heures du matin, la malade s'est endormie aussitôt après avoir été délivrée. A huit heures et demie elle s'est réveillée et presque aussitôt elle a été prise d'une attaque convulsive très-forte, au dire des parents. Cette attaque a duré près de cinq minutes et fut suivie d'un retour apparent à l'état normal. A neuf heures, nouvelle attaque, après laquelle la connaissance revient également. Une demi-heure après, troisième attaque. C'est immédiatement après

cette troisième attaque que j'arrive. La malade a repris connaissance, mais sa figure présente un certain degré d'hébétude ; la réponse aux questions est lente et difficile. A dix heures, nouvel accès, après lequel la malade ne reprend plus connaissance, mais reste plongée dans un coma complet. Cette attaque, dont je suis témoin, est très-violente : convulsions intenses, commençant par un mouvement convulsif du globe de l'œil et s'étendant de là aux membres et aux muscles du tronc et puis aux muscles du larynx, d'où menace imminente d'asphyxie et coloration bleuâtre très-prononcée de la face. L'accès se termine au bout de cinq minutes par une inspiration profonde produisant un ronflement sonore. Après l'accès, je sonde la malade. La vessie contient à peu près 50 grammes d'urines fortement albumineuses. En y versant quelques gouttes d'acide nitrique, elles se prennent en un magma épais.

Prescription : trois sangsues à chaque tempe, sinapismes continuellement promenés sur les extrémités inférieures, affusions froides tous les quarts d'heure. (Un arrosoir de jardin jeté sur la tête d'une hauteur de 70 centimètres.)

De dix à deux heures, la malade a des attaques convulsives répétées de quart d'heure en quart d'heure. Entre chacune d'elles, elle reste plongée dans un coma profond. Ainsi, elle ne paraît pas sentir les sinapismes, qui cependant produisent une bonne rubéfaction, et ne manifeste aucune sensibilité lors des affusions. Je la quitte à deux heures, en ordonnant de continuer le traitement.

Je reviens à cinq heures du soir. Depuis mon départ, l'état de la malade a toujours empiré. Les accès convulsifs, toujours très-violents, se répètent presque coup sur coup, à peine à dix minutes d'intervalle, et durent de quatre à cinq minutes. Le coma est de plus en plus profond ; la respiration est stertoreuse ; le pouls à 110, régulier, mais faible. Les affusions froides n'ont, du reste, pas été faites avec la régularité voulue, parce que les parents regardaient toute intervention médicale comme à peu près inutile. Je les recommence immédiatement et les renouvelle tous les quarts d'heure. Continuation des sinapismes ; frictions belladonées sur le ventre ; lavement laxatif (15 grammes de séné et 20 grammes de sulfate de magnésie).

Malgré l'emploi de ces moyens, les accès se répètent avec la même violence et la même rapidité, menaçant chaque fois de faire périr la malade par asphyxie. A six heures, après une crise plus violente que les autres, je donne 40 gouttes de laudanum dans quatre cuillerées d'eau que la malade avale par un mouvement instinctif de déglutition ; dix minutes après, attaque convulsive durant un peu

moins longtemps ; 20 nouvelles gouttes de laudanum ; nouvelle attaque au bout d'un quart d'heure seulement ; troisième dose de 15 gouttes de laudanum ; trente-cinq minutes après, nouvelle et dernière attaque, après laquelle la malade reste plongée dans le coma. On n'a, du reste, pas cessé les affusions froides. La malade a commencé déjà à témoigner un peu de sensibilité lors des affusions faites entre six et sept heures. A minuit, nouveau lavement laxatif *ut suprà*, suivi peu après d'une selle très-abondante et très-fétide. Peu de temps après cette selle, la malade reprend un peu de connaissance et prononce une ou deux paroles.

Lorsque je la revois, le 3 janvier, à neuf heures du matin, elle est toujours assoupie, mais on la réveille facilement en la secouant ; mais, dès qu'on cesse l'excitation, elle retombe dans le sommeil. Pouls à 90, régulier, très-faible, — miction nulle. J'évacue par la sonde des urines assez abondantes, près d'un litre, donnant toujours un précipité très-abondant, mais ne se prenant plus en masse. Prescription : calomel, 0gr,30 ; sinapismes, affusions froides toutes les demi-heures ; une cuillerée de bouillon tous les quarts d'heure.

Je reviens à six heures du soir. Le mieux a continué, plus de nouvelle attaque, assoupissement continu, mais cessant à la moindre excitation. La malade a eu une selle involontaire ; mais la miction étant toujours nulle, je sonde la malade. Prescription : *ut suprà*.

4 janvier. Le mieux se prononce toujours davantage. La malade, quoique encore assoupie, reste éveillée quelques minutes lorsqu'on l'a tirée de son état soporeux. La nuit elle a eu plusieurs selles volontaires et a uriné en même temps. Les lochies coulent normalement ; urines toujours albumineuses, mais moins que la veille. Prescription : affusions toutes les heures, sinapismes, bouillon souvent répété.

Le soir, le mieux ayant continué, on cesse toute médication.

Le 5 janvier. *Statu quo*. La malade ayant uriné en même temps qu'elle allait à la selle, je n'ai pu examiner les urines.

Le 6 janvier. La malade peut être considérée comme guérie. Elle ne se plaint plus que de la langue, qui a été profondément meurtrie pendant les convulsions. Depuis le 2 au soir, il n'y a plus eu d'attaques. Le coma a tout à fait disparu. La malade est réveillée et cause comme à l'ordinaire, mais n'a nul souvenir de ce qui s'est passé. Elle ne se rappelle même plus son accouchement. Le pouls est régulier, les lochies normales ; les urines, traitées par l'acide nitrique et la chaleur, ne donnent plus de précipité sensible.

Les 7, 8, 9 et 10 janvier. La guérison se maintient. Nulle complication du côté d'aucun organe thoracique ou abdominal.

Voilà certes une éclampsie des plus graves : 1° par la période du travail dans laquelle est est survenue. En effet, Ramsbotham, Andrieux et Cazeaux considèrent les éclampsies survenues après l'accouchement comme très-graves ; ce que démontrent aussi les statistiques données par notre savant maître, le professeur Wieger, dans son *Traité de l'éclampsie uroémique*, statistiques qui montrent que les éclampsies survenues après l'accouchement donnent une mortalité d'un cinquième, tandis que celles survenues au début du travail ne donnent qu'une mortalité d'un huitième, et celles pendant le travail avancé une mortalité d'un dixième; 2° par la marche et l'intensité des symptômes de l'attaque convulsive. Comme le fait remarquer Cazeaux, lorsque les accès sont violents, nombreux et rapprochés, lorsque surtout pendant tout l'intervalle qui les sépare, l'état comateux se prolonge, lorsque la femme ne recouvre pas, durant cet intervalle, l'usage de ses facultés sensoriales et intellectuelles, le pronostic est des plus graves, et la mort est ordinairement la conséquence nécessaire des accidents. Or, dès le début, chez notre malade les attaques n'ont été séparées que par un intervalle de vingt à vingt-cinq minutes, et l'état comateux était survenu dès la troisième attaque ; puis, au bout d'un temps très-court, les attaques s'étaient tellement rapprochées, qu'elles étaient, pour ainsi dire, continues. On ne saurait donc admettre que la nature médicatrice eût suffi à elle seule à conjurer les accidents, et le traitement institué a certes le droit de revendiquer une large part dans le succès obtenu. Mais à quel élément de la médication complexe que nous avons employée doit revenir l'honneur de la guérison ? Au point de vue pratique, la solution de cette question me paraît d'une utilité secondaire ; en effet, dans un cas analogue, je m'adresserai de nouveau à tous les agents que j'ai employés, à l'exception toutefois peut-être des sangsues, qui n'ont paru produire aucun amendement et que je n'ai appliquées, pour ainsi dire, que par une dernière concession à l'idée de la nature cérébrale de l'éclampsie. Mais, au point de vue théorique, cet examen ne manque pas d'un certain intérêt.

Comme l'indique le titre de cette observation, j'attribue la plus large part à l'opium à haute dose et aux affusions froides. L'opium à haute dose (la malade a pris 75 gouttes de laudanum dans l'espace de vingt-cinq minutes) me paraît avoir combattu surtout l'élément convulsion. C'est, en effet, après l'ingestion de ce médicament, après le temps nécessaire à son absorption que les accidents convul-

sifs ont cessé d'une façon inespérée. Depuis huit heures du matin jusqu'à six heures du soir, les accès convulsifs avaient toujours été en empirant et nous craignions en ce moment une mort prochaine, comme nous l'avons malheureusement observé deux ans auparavant sur une de nos clientes morte huit heures après le premier accès d'éclampsie. De six à sept heures se produit une amélioration marquée. Or, à ce moment, nous n'avions fait d'autre modification à notre médication du jour que d'y ajouter l'opium. On est donc en droit d'admettre ici l'axiome souvent trompeur : « *Post hoc, ergo propter hoc.* » Du reste, nous pouvons placer notre opinion sous le patronage de noms célèbres. L'opium a, en effet, été vanté contre l'éclampsie par plusieurs médecins distingués, entre autres par MM. Velpeau, Paterson, Schwartz, Collins ; et c'est généralement après l'accouchement que, d'après ces auteurs, il déploie ses effets utiles.

Quant aux affusions froides, elles nous paraissent avoir combattu l'état comateux dans ce cas, comme dans les quelques observations que nous avons déjà publiées dans ce journal (décembre 1861 et février 1862) pour démontrer l'efficacité de cette médication contre l'élément coma dans les maladies aiguës. En effet, déjà un peu avant six heures, avant l'ingestion de l'opium, alors que les accès convulsifs n'étaient en rien amendés, alors qu'ils se succédaient toujours avec la même intensité et la même rapidité, le coma était un peu modifié, puisqu'à chaque affusion la malade donnait quelques signes de sensibilité. C'est, suivant moi, grâce à la continuation de ces affusions souvent répétées, que le coma n'est pas devenu plus profond après la cessation des convulsions, alors surtout que les 75 gouttes de laudanum devaient contribuer encore à l'augmenter. Or, cette dose assez forte n'a produit aucun symptôme de narcotisme, puisque huit heures après leur ingestion la malade se réveillait.

Les révulsifs intestinaux et cutanés ont été des adjuvants très-utiles des affusions froides et ont agi dans le même sens, c'est-à-dire contre l'élément coma. On ne saurait, en effet, refuser une certaine influence aux sinapismes qui, employés en permanence, ont produit une rubéfaction générale des extrémités inférieures du tronc, ni aux lavements purgatifs qui ont amené une selle très-abondante avec laquelle a coïncidé le retour de la connaissance.

L'absence totale de tout accident consécutif est une nouvelle preuve que, si des complications du côté des poumons ont quelquefois suivi les affusions froides, ce danger n'est pas assez certain pour

justifier la crainte de certains médecins au sujet de l'emploi de cette médication vraiment héroïque; abstraction faite même de cette considération, qu'il vaut mieux avoir à soigner au bout de deux ou trois jours une pneumonie presque toujours promptement curable, que de rester désarmé en face d'une affection rapidement mortelle.

Dr Hagen,
Correspondant de l'Institut médical de Valence
à Maxey-sur-Vaise.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux cas de colique de cuivre traités avec succès par le lait. — Après avoir singulièrement exagéré la fréquence des accidents produits par le cuivre dans les circonstances professionnelles, n'est-on pas allé trop loin, d'un autre côté, en niant, comme on le fait aujourd'hui, jusqu'à leur existence même? Cette tendance, due surtout à l'influence des recherches de MM. Chevallier et Boys de Loury, est doublement regrettable : d'abord, elle outrepasse, selon nous, les limites de la réalité; et, en second lieu, en prévenant contre la possibilité de certains faits, elle empêche que ceux-ci soient reconnus et observés. Dominé nous-même par cette réaction, nous avions cru devoir garder les plus grandes réserves relativement à plusieurs cas que nous avons eu occasion d'observer et dans lesquels, cependant, il était difficile de rejeter complétement l'influence du cuivre, que manipulaient depuis longues années les malades dont il s'agit. Nous en avons rapporté un entre autres dans ce recueil en 1858, mais en ne faisant que mentionner timidement la possibilité de cette influence étiologique. Deux nouveaux faits, que le hasard a offerts récemment presque coup sur coup à notre observation, peuvent permettre, pensons-nous, d'être plus affirmatif, car la nature des accidents ne saurait ici être douteuse. Ils sont de plus intéressants en ce qu'ils paraissent être favorables à l'emploi du lait en pareille circonstance.

Ces deux faits se rapportent à deux enfants, âgés l'un et l'autre de quatorze ans, et portant, par une coïncidence singulière, le même nom, sans qu'il s'agisse du même individu (ils n'appartiennent même pas à la même famille et ne travaillent pas dans le même atelier).

*Obs. I.* Le premier (Lavigne, Victor-Henri), entrait le 18 mars 1863 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, nº 9 (service de M. Bouvier). Il est *tourneur en cuivre*. Il se plaint de coliques assez vives,

s'accompagnant de diarrhée, laquelle dure déjà depuis plusieurs mois. Toutefois, en ce moment, la diarrhée n'existe pas ; il y a plutôt tendance à la constipation ; mais les coliques n'en persistent pas moins ; elles offrent les caractères d'une douleur sourde et continue, avec des exacerbations passagères. D'ailleurs, elles n'ont ni la violence ni les allures de la colique de plomb, qui donnent un aspect si particulier aux sujets qui en sont atteints. De plus, chez notre malade, les arcades gingivales, l'inférieure surtout, sont mollasses, comme fongueuses, ulcérées à leur bord libre, duquel suinte une sanie purulente, dont on augmente l'écoulement par la pression. Un liséré noirâtre règne sur le bord supérieur de la racine des dents déchaussées. L'enfant est pâle, visiblement affaibli et anémique ; son appétit est perdu. Il n'a point d'état fébrile, et l'examen le plus attentif ne fait découvrir chez lui aucune lésion organique. En même temps que le régime ordinaire de l'hôpital, on prescrit du *lait* à volonté, en place de tisane.

Le 20, les douleurs abdominales sont très-atténuées ; l'appétit renaît. — Même prescription.

Le 22, l'enfant est repris, depuis hier soir, de diarrhée peu abondante. La digestion ne présente d'ailleurs rien de particulier et qui mérite d'être noté.

Le 23, il a suffi de suspendre le lait pour faire cesser la diarrhée.

Les jours suivants, l'enfant est très-bien, ne ressent plus de coliques, et reprend des forces, sous l'influence d'un régime tonique.

Il sort le 6 avril, complétement guéri.

*Obs. II.* Le second malade, (Lavigne Paul-Eugène), entré le 29 avril, salle Sain-Jean, n° 25 (même service), est également *tourneur en cuivre*. Il se plaint de coliques existant depuis quelque temps déjà, et offrant à peu près les mêmes caractères que chez le malade qui précède. Toutefois, celui dont il s'agit ici n'a pas eu de diarrhée, ou en a eu si peu qu'elle a à peine attiré son attention. Il aurait plutôt en ce moment une tendance à la constipation. Le tissu gingival est chez lui moins affecté, bien que le liséré y soit très-perceptible ; mais il se plaint d'un mal de gorge assez vif, avec sentiment de sécheresse extrême et d'astriction. Il est facile de constater, en effet, une rougeur très-notable de la muqueuse du voile du palais et surtout du pharynx, avec des stries blanchâtres constituées évidemment par du mucus adhérent, et non par des exsudats. L'enfant nous dit spontanément que la plupart de ses camarades sont très-sujets aux mêmes accidents que lui. Il ne présente

pas d'ailleurs le même degré d'affaiblissement et d'anémie que nous avons constaté chez l'autre.

Sous l'influence du *lait* donné d'une manière constante et en mode de tisane, cet enfant était, deux jours après son entrée, débarrassé de ses coliques, et le 6 mai, il sortait parfaitement guéri de tous ses accidents, même de son angine, pour laquelle aucun autre traitement n'avait été institué.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

### REVUE DES JOURNAUX.

**Valeur thérapeutique de l'huile de foie de morue dans les maladies convulsives chroniques.** C'est à la suite d'un succès inespéré, obtenu il y a quelques années par l'huile de foie de morue dans un cas de chorée qui avait résisté à tous les moyens ordinaires, que l'attention du docteur Anstie s'est portée sur ce produit comme agent applicable au traitement des maladies convulsives chroniques. Les maladies de cette classe dans lesquelles il a employé l'huile de foie de morue, sont la paralysie agitante, l'épilepsie simple, la chorée et le tremblement mercuriel, et dans toutes ces affections elle lui a paru être plus constamment utile que tout autre médicament. Dans le Mémoire auquel sont empruntés ces renseignements, se trouvent des cas de ces diverses maladies, donnés avec détails ou simplement cités, dans lesquels on voit soit la guérison, soit une amélioration plus ou moins prononcée, suivre l'usage de l'huile de foie de morue. Ainsi, de quatre cas de paralysie agitante, trois furent sensiblement améliorés et un peut être noté comme guéri, bien que la maladie fût très-intense; dans plusieurs cas de chorée, les résultats obtenus ont été très-avantageux; dans un de tremblement mercuriel, extrêmement remarquable, remontant à trente ans et causé par une salivation provoquée sans nécessité par un médecin, cas dans lequel la malade était reprise fréquemment des symptômes, notamment toutes les fois qu'elle éprouvait une fatigue, une influence déprimante quelconque, il s'est produit sous l'influence du médicament une grande amélioration, qui s'est prolongée pendant des périodes beaucoup plus longues qu'avant son emploi. Enfin, l'épilepsie simple a fourni vingt cas dans lesquels le traitement a consisté uniquement dans l'usage de l'huile de foie de morue, et qui sous le rapport du résultat se décomposent ainsi : dans cinq, il ne s'est manifesté aucun effet avantageux; sept malades ont été guéris complétement; deux ont été perdus de vue alors que les symptômes s'amendaient rapidement, mais sans qu'il y eût encore guérison; chez deux autres, l'état mental était devenu beaucoup meilleur, mais les attaques persistaient comme auparavant; enfin, quatre étaient encore en traitement, dont deux n'avaient plus d'attaques, mais seulement des prodromes assez fréquemment, et les deux autres n'avaient encore obtenu que de très-faibles bénéfices.

Outre ce sommaire général des résultats par lui observés, le docteur Anstie a rapporté les détails de trois cas qui, en raison de leur gravité, peuvent être regardés à bon droit comme propres à démontrer le pouvoir médicateur de l'huile de foie de morue. Les malades étaient : une jeune fille âgée de dix-sept ans, un garçon de treize ans, et un enfant de sept mois, chez lesquels les attaques convulsives étaient très-fréquentes et très-intenses, et le système nerveux manifestait les signes d'une grande dépression. Le cas de l'enfant était particulièrement remarquable, en ce sens que le lait de la mère, examiné au microscope, présentait une insuffisance très-prononcée dans la proportion de la matière grasse, et aussi parce que chez un précédent enfant de la même femme les mêmes symptômes s'étaient montrés et avaient eu une terminaison fatale. Dans ces trois cas, le traitement a été

suivi d'un succès parfait, et l'auteur, commentant ce fait que chez ces trois malades la nutrition générale était excellente et qu'il ne paraissait y avoir défectuosité, faiblesse que du côté du système nerveux, en tire cette conclusion, suivant lui irréfutable, que dans ces cas l'huile a servi à fortifier et enrichir les centres nerveux, s'accordant sur ce point avec les remarques du docteur Radcliffe relativement à la nécessité de la graisse pour la nutrition de ces centres, et à la grande valeur de l'huile de morue dans le traitement des affections convulsives. Une chose à noter d'ailleurs, et qui l'a été par M. Anstie, c'est que l'action avantageuse de l'huile de foie de morue est d'accord avec ce que nous savons de la manière d'agir de quelques autres médicaments, en petit nombre, que des recherches thérapeutiques soigneuses ont recommandés comme ayant une action utile réelle dans les maladies convulsives chroniques, le fer, l'arsenic, les principes actifs du quinquina, qui ou sont des toniques reconstituants pouvant être assimilés à des aliments, ou ont sur la nutrition une influence manifeste. (*British med. journ.*, mars 1863.)

---

**Céphalotripsie sans tractions, ou méthode pour accoucher les femmes dans les rétrécissements extrêmes du bassin.** Ce n'est pas la première fois que nous appelons l'attention de nos lecteurs sur cette ressource obstétricale, et l'on nous saura gré, à coup sûr, d'y revenir encore, si l'on songe à la gravité et à l'importance de la question pratique et en même temps doctrinale qu'elle soulève. Un autre motif nous entraîne aujourd'hui : l'auteur de cette nouvelle méthode, M. le docteur Pajot, vient d'en faire lui-même l'exposé complet et motivé, et il nous a été permis en conséquence de puiser à la source la plus authentique la description analytique qui va suivre. — M. le docteur Pajot s'est proposé un double but : dégager, autant que possible, la céphalotripsie des inconvénients les plus graves qu'elle possède, et la rendre applicable aux cas de rétrécissements extrêmes du bassin. — Disons-le de suite, ce qui distingue essentiellement la méthode de M. Pajot de celles qui l'ont précédée, c'est l'absence complète de *tractions*. Sous ce rapport, elle possède un caractère de nouveauté et d'originalité qui ne saurait lui être contesté; elle réalise, ainsi qu'on va le voir, des conditions qui rapprochent, autant qu'il est possible, l'accouchement forcé de l'accouchement naturel.

Si, dans les rétrécissements dont les limites sont comprises entre 6 centimètres et demi et 9 à 10 centimètres et qui sont les plus communs, la céphalotripsie, telle qu'elle est généralement pratiquée, constitue une opération obstétricale peu dangereuse en soi et de médiocre difficulté, il n'en est pas de même lorsqu'elle est considérée dans ses applications à tous les rétrécissements pelviens, particulièrement à ceux qui tombent au-dessous de 6 centimètres et demi. Elle entraîne alors, par les pressions, les attritions, les déchirures qu'elle occasionne, et la mort immédiate ou éloignée qui trop souvent en est la suite, des dangers tels qu'elle a pu légitimer, presqu'à son désavantage, le rapprochement que l'on a établi entre elle et l'opération césarienne. Or, c'est dans ces conditions que la méthode de M. Pajot paraît prendre sa véritable prééminence. — Il s'agit donc d'un rétrécissement au-dessous de 6 centimètres et demi et jusqu'à 27 millimètres, et non pas jusqu'à 5 centimètres, ainsi qu'on l'a fait dire, par erreur, à M. Pajot, car sa dernière limite est celle à laquelle le céphalotribe ne peut plus être introduit. Après chloroformisation préalable de la malade, l'auteur conseille de commencer dès que l'orifice est assez dilaté pour permettre le passage de l'instrument, ou même de pratiquer la perforation du crâne avant la dilatation complète et pour la faciliter. Malgré quelques inconvénients de cette perforation, tels que, par exemple, la possibilité d'engager l'extrémité des branches du céphalotribe dans le cuir chevelu décollé, plissé et reployé, — inconvénient que l'on évitera, d'ailleurs, avec un peu de patience ; — elle est cependant d'une réelle utilité, parce qu'elle peut souvent permettre de commencer, plus tôt qu'on n'eût pu le faire, la première céphalotripsie, ce qui n'est pas sans importance. — Qu'on ait ou non perforé le crâne, la première application du céphalotribe sera faite aussitôt que possible avec les précautions ordinaires, mais en insistant plus particulièrement sur les suivantes : la pression exercée au-dessus de l'hypogastre, par un ou deux aides, dans le but de bien fixer la tête au détroit supérieur ; le soin de porter le plus fortement possible en arrière les deux manches

de l'instrument, après avoir enfoncé les branches aussi loin qu'on l'aura pu, jusqu'au point de faire pénétrer l'articulation du céphalotribe dans l'entrée du vagin. De cette première céphalotripsie dépend souvent le succès de l'opération tout entière. — Le premier broiement ainsi fait et la tête ayant été bien saisie, M. Pajot tente, avec beaucoup de prudence, un mouvement de rotation avec l'instrument, mouvement destiné à placer les dimensions diminuées de la tête dans le sens rétréci du bassin. Mais si, dans ses tâtonnements pour y parvenir, il rencontre le moindre obstacle, il n'insiste pas, l'expérience lui ayant appris que la matrice, par ses contractions, arrive à opérer cette rotation avec plus de sûreté et moins de danger que le céphalotribe. — La tête écrasée autant qu'elle peut l'être, l'instrument est desserré, désarticulé et retiré doucement, *sans qu'aucune traction ait été exercée;* l'on procède immédiatement à un deuxième, et, selon le cas, à un troisième broiement *sans traction aucune*, puis la femme est remise dans son lit. On lui prescrit du bouillon coupé pour toute tisane. — Selon l'état du pouls de la malade, selon son aspect général, selon le calme ou l'agitation qu'elle présente, selon l'énergie ou la faiblesse des contractions utérines, M. Pajot répète ainsi toutes les *deux*, *trois* ou *quatre heures* les broiements multiples, au nombre de deux ou trois pour chaque séance. Les faits rapportés par cet auteur témoignent que, lorsqu'il a été appelé à temps, *une* ou *deux* séances ont parfois suffi, et qu'il n'a point encore dépassé *quatre* séances. — La tête ainsi broyée un grand nombre de fois, le tronçon présente ordinairement des difficultés qu'un ou deux broiements suffisent à vaincre en général. Telle est la méthode de M. Pajot. Plusieurs résultats favorables ont déjà répondu à sa mise en pratique par l'auteur, dans des cas de rétrécissements extrêmes. L'on ne saurait contester le progrès réel qu'elle est appelée à introduire dans la pratique des accouchements difficiles, si, comme il y a tout lieu de l'espérer, l'avenir vient consacrer, par de nouveaux succès, ces premières tentatives. (*Archives générales de médecine*, mai 1863.)

**Electrisation localisée employée avec succès pour rappeler la sécrétion lactée.** Quand il s'agit d'une pratique utile, efficace, l'accumulation des exemples probants ne saurait être regrettable, surtout si cette pratique paraît être jusqu'à un certain point négligée. Aussi n'hésitons-nous pas à ajouter aux faits déjà rapportés par le *Bulletin*, d'autres faits qui témoignent de la rapidité et de la sûreté avec lesquelles, au moyen de la faradisation, peut être restaurée la sécrétion lactée, alors qu'une circonstance quelconque, en la supprimant, est venue s'opposer à la continuation de l'allaitement. Ce mode d'alimentation du premier âge est tellement supérieur à tout autre, tellement nécessaire, indispensable même chez certains enfants, qu'on ne saurait trop faire pour s'en assurer les bénéfices. Voici donc de nouveaux cas à ajouter à ceux jusqu'ici consignés dans notre journal.

Le docteur Thomas Skinner a communiqué à la Société obstétricale de Londres, le 1er avril dernier, huit observations qui lui sont propres, et dans lesquelles on voit que la sécrétion a été rétablie après une ou deux séances. L'effet a été obtenu au moyen d'un courant dirigé tant de l'aisselle au mamelon que d'une mamelle à l'autre, pendant environ dix minutes pour chaque sein, et avec une intensité aussi grande que les patientes la pouvaient supporter; la lactation ainsi rétablie a continué ensuite, et l'allaitement a pu être repris d'une manière très-satisfaisante.

A ces faits résumés dans le *British medical Journal* (30 mai), nous ajouterons la mention d'un succès semblable que nous empruntons à l'un des organes de la presse médicale espagnole (*Espana med.*). Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans qui, par suite de chagrins, vit son lait se supprimer au septième mois. L'allaitement artificiel ne réussissant pas, le docteur Maceolo eut recours à la faradisation au moyen de l'appareil de Gaiffe; après trois séances d'un quart d'heure chacune, les seins se remirent à sécréter un lait abondant, et l'enfant, ayant retrouvé son alimentation naturelle, fut rapidement guéri d'une diarrhée qu'il avait contractée et qui avait résisté aux autres moyens.

**Névralgie rebelle consécutive à une fracture ancienne de la mâchoire; excision du nerf dentaire inférieur; guérison.** Le traitement des douleurs

névralgiques par l'excision du nerf qui en est le siége, est loin d'être chose commune heureusement. C'est là une *ultima ratio*, à laquelle on ne peut se décider à recourir qu'en désespoir de cause, lorsque tous les autres moyens, tant chirurgicaux que médicaux, ont été épuisés sans résultat, et que l'intensité du mal a atteint des limites extrêmes. On doit d'autant plus difficilement s'y décider, que plusieurs fois on a vu l'opération elle-même rester sans succès, ce qui peut arriver notamment quand la névralgie est sympathique de quelque autre affection dont l'existence est difficilement appréciable, telle qu'une tumeur de la dure-mère, une altération organique du cerveau ou de toute autre partie profonde. Cependant il est des cas où une semblable opération est indiquée : ainsi, ceux où l'on a lieu de croire que la maladie dépend d'une modification locale, circonscrite à une portion du nerf, et déterminée, par exemple, par une lésion traumatique antérieure. Tel est le cas suivant, emprunté au service de M. Wormald.

J. F***, âgé de vingt-huit ans, ayant servi dans l'Inde devant Delhi, reçut dans un engagement un coup de crosse de pistolet qui lui brisa la mâchoire inférieure, au côté droit de la face. Pendant le séjour qu'il fit à l'hôpital à l'occasion de cette blessure, il y eut élimination successive de plusieurs petits séquestres, qui se firent jour à travers la muqueuse buccale. Il se trouvait bien rétabli, lorsqu'au bout de deux ans, il commença à éprouver de la douleur au niveau du siége qu'avait occupé la fracture. Cette douleur, excessivement violente, fixée en un point unique et ne s'irradiant pas au reste de la face, devenait plus intense encore par l'action de manger, ou par toute pression locale, mais ne s'accompagnait d'aucun symptôme nerveux du côté des muscles faciaux. Elle revenait, au bout d'un temps très-court, toutes les minutes environ, ce qui forçait le patient à s'interrompre, s'il parlait, et donnait à sa physionomie l'aspect d'une véritable angoisse. Depuis un an, cet infortuné n'était jamais resté cinq minutes sans souffrir, et ni de fortes doses de quinine, ni les ferrugineux, ni les anodins les plus actifs, entre autres la morphine en dissolution injectée dans la gencive, rien n'avait procuré de soulagement. Ce fut dans ces conditions que, le 2 février dernier, M. Wormald se décida à exciser une portion du nerf dentaire inférieur.

Ayant divisé la lèvre inférieure par une incision verticale, immédiatement à gauche de la symphyse du menton, le chirurgien fit une seconde incision qui, partant à angle droit de la terminaison de la précédente, fut continuée le long du bord inférieur du corps du maxillaire, du côté droit ; puis le lambeau fut relevé et l'os fut mis à découvert. Celui-ci, à l'exception de la perte des molaires et de leurs alvéoles, ne présentait rien d'anormal, aucun signe de nécrose, aucune trace de fracture. Le canal maxillaire inférieur fut ouvert au moyen de la scie et du ciseau, de manière à découvrir une portion d'environ trois quarts de pouce du nerf dentaire, lequel présentait un aspect tout à fait sain, et cette portion fut excisée. Il n'y eut à lier qu'un seul vaisseau. Les bords de la plaie, rapprochés avec soin, se soudèrent presque par première intention ; il y eut seulement un peu de suppuration à l'intérieur de la bouche. Le malade, en très-bon état, quitta l'hôpital au bout de dix jours. Revu au bout d'un mois et demi, il se déclarait parfaitement guéri ; peu de jours après sa sortie, un très-mince séquestre osseux s'était ouvert un passage dans la cavité buccale ; à cela près, l'opération ne lui avait laissé aucun inconvénient et l'avait, au contraire, délivré complétement de sa douleur. (*Dublin med. Press*, avril 1863.)

---

**Recherches expérimentales sur l'utilité de l'incision du muscle ciliaire dans la myopie.** Nous nous contenterons de reproduire ici les conclusions d'un très-long travail de M. le docteur J. Rose Salomon, chirurgien de l'institution ophthalmologique de Birmingham et Midland, sur le sujet qui précède, laissant à nos lecteurs le soin de comparer cette méthode de traitement aux nombreux moyens déjà signalés par le *Bulletin*, particulièrement en ce qui concerne la myopie :

La myotomie intra-oculaire, dit cet auteur, est une méthode expéditive pour diminuer la myopie, sans faire courir aucun danger à l'œil. Dans beaucoup de cas, elle peut soustraire les malades à l'obligation de porter lunettes. Elle ne porte aucune atteinte à l'étendue de l'accommodation. Elle produit un changement favorable dans l'œil myope, en ce qu'elle modifie avan-

tageusement la nutrition de la choroïde, de la rétine et de l'humeur vitrée. Elle suffit parfois pour guérir l'amblyopie liée à la myopie Dans un cas, cette opération a réussi à *arrêter* une myopie rapidement progressive, et à guérir l'irritation de la choroïde et de la rétine qui s'y rattachait. Elle tend à prévenir l'accroissement du staphylome postérieur en régularisant la circulation intra-oculaire, en diminuant la convergence des lignes optiques et les effets d'accommodation qui accompagnent l'acte de convergence. La présence d'un staphylome postérieur considérable ne neutralise pas les effets de l'opération; d'autre part, celle-ci n'est pas nécessairement coatre-indiquée par une opacité considérable de la cornée. Nous ne sommes pas en mesure actuellement, ajoute M. Salomon, d'affirmer que l'incision du muscle ciliaire guérit le staphylème postérieur ; mais il résulte de trois de nos observations que la myotomie intra-oculaire diminue les dangers que cette maladie fait courir à la vision. (*Medic. Times and Gazette*, 1862.)

**Ovariotomie sur une femme de soixante-cinq ans. — Guérison. — Décubitus latéral pendant l'opération.** M. Hutchinson publie l'observation suivante, qui est probablement celle de la malade la plus âgée qui ait été jusqu'ici soumise à l'ovariotomie :

S. B***, âgée de soixante-cinq ans, mais paraissant beaucoup plus jeune, grâce à sa bonne constitution, entre vers la fin de novembre dans le service de M. Hutchinson, à l'hôpital métropolitain de Londres. Le kyste de l'ovaire, dont elle était porteuse, avait débuté trois ans auparavant par une petite tumeur, qui s'accrut d'abord lentement, sans causer de gêne à la malade. Mais, pendant les six derniers mois, l'accroissement fut plus rapide et la santé générale s'altéra un peu ; si bien que cette femme, qui était garde-malade et n'avait pas interrompu jusque-là ses occupations, se vit forcée d'y renoncer à cause du volume et du poids de la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, son abdomen avait 45 pouces de circonférence; les téguments du ventre étaient œdématiés, surtout à l'hypogastre ; la tumeur était très-saillante, principalement dans cette dernière région. On percevait la fluctuation, mais d'une manière un peu obscure, comme à travers des parois fort épaisses. Le toucher vaginal fit reconnaître que l'utérus était normal. L'œdème qui occupait les téguments du ventre, et un peu les membres inférieurs, conduisit à examiner l'urine, que l'on trouva ne pas contenir trace d'albumine ; du reste, cet œdème diminua beaucoup dans la quinzaine qui suivit l'entrée de la malade à l'hôpital.

On diagnostiqua un kyste multiloculaire, à parois très-épaisses; et l'absence de symptômes du côté du péritoine, sauf dans les derniers jours, fit supposer que l'on ne rencontrerait pas d'adhérences solides.

Considérant que, abandonnée à elle-même, la maladie aurait, dans un temps plus ou moins rapproché, une terminaison fatale, et que, si l'on parvenait à débarrasser la malade de sa tumeur, elle pourrait vaquer de nouveau à ses occupations; ne voyant pas, d'ailleurs, une contre-indication dans l'âge de cette femme que compensait, du reste, sa bonne constitution, M. Hutchinson se décida à l'opération.

L'ovariotomie fut pratiquée le 9 décembre. On fit une incision juste assez large pour laisser passer la main qui, une fois introduite, rompit sans difficulté de faibles adhérences situées sur toute la face antérieure de la tumeur. Le kyste principal fut ponctionné avec un large trocart, et, quand il fut à peu près vide, on l'attira au dehors, manœuvre qui fut rendue bien plus facile en *tournant la femme sur le côté droit*, et pendant laquelle il fallut encore ponctionner deux ou trois kystes plus petits. Le pédicule était long et gros; on le serra dans un clamp, et l'on enleva la tumeur en coupant le pédicule à trois pouces environ au-dessus du clamp. Les intestins ne se montrèrent pas, un aide ayant tenu rapprochées avec soin les lèvres de l'incision pendant les derniers moments de l'opération. On ferma l'incision au moyen d'épingles à bec de lièvre, et l'on appliqua un bandage de flanelle (un suppositoire avec deux grains d'opium). L'opération fut courte, et la malade la supporta fort bien.

On ne lui donna le premier jour que quelques cuillerées à café d'eau-de-vie avec de la glace; la malade dormit bien pendant la nuit suivante, et le lendemain elle était gaie, sa langue nette, le pouls à 80, mou et plein ; on lui donna alors un peu de thé et une rôtie sèche.

Le clamp fut enlevé le 12 décembre, et les épingles le 13 ; l'incision était alors entièrement cicatrisée, mais le tronçon du pédicule était très-volumineux et en occupait la partie inférieure. A part un peu d'irritation vésicale, qui survint vers le dixième jour, et pour laquelle on prescrivit de la quinine et de l'opium, la femme n'eut pas la moindre indisposition pendant tout le cours de sa convalescence. Elle quitta l'hôpital le 8 janvier, trente jours après l'opération, dans un état de santé excellent.

*Du décubitus latéral.* — En finissant, M. Hutchinson insiste sur l'importance du décubitus latéral, et voici ce qu'il dit à cet égard :

Il est convenable d'exécuter les premiers temps de l'opération en faisant coucher la malade sur le dos; mais aussitôt qu'on a vidé la tumeur en partie, le décubitus latéral offre une grande utilité. On fait coucher la malade sur le côté opposé à celui où s'est développée la tumeur, ce qui fait que les intestins ont moins de tendance à s'échapper; et l'on en retire deux avantages :

1° On a bien plus de facilité à enlever le kyste;

2° On diminue beaucoup les chances de voir tomber le liquide du kyste dans la cavité péritonéale. Quand la malade est sur le dos, et qu'on a presque vidé le kyste, il est souvent assez difficile de l'enlever, le liquide qui reste entraînant la tumeur en arrière pendant que l'opérateur l'attire au dehors. Le décubitus latéral obvie à tous ces inconvénients, et permet de faire l'opération plus rapidement, par une incision plus petite. M. Hutchinson ajoute qu'il a plusieurs fois expérimenté cette position, et qu'il s'en est toujours bien trouvé. Enfin, dit-il, en cas de kystes multiloculaires, comme il faut ponctionner plusieurs poches successivement, le décubitus latéral fait gagner du temps, en faisant éviter de retourner la malade, et en permettant d'ouvrir librement la tumeur sans essayer de la vider au moyen du trocart. (*British. med. journal*, mars 1863.)

**Ténia chez un enfant de dix-huit mois expulsé par les semences de citrouille.** Les faits cliniques publiés à l'appui de l'efficacité de ce ténicide indigène, sont aujourd'hui si nombreux, que nous ne croyons plus nécessaire d'enregistrer les nouvelles observations qui se produisent, nous ferons cependant une exception pour l'un des trois cas que M. le docteur Dubreuilh vient de communiquer à la Société de médecine de Bordeaux. Il a trait à un enfant de dix-huit mois affecté de ténia et auquel ce médecin a fait prendre une bouillie de semences de citrouille suivie d'une purgation avec l'huile de ricin. Sous l'influence de cette médication, le petit malade a rendu un ténia *armé* complet, que M. Dubreuilh a fourni à l'examen de ses collègues. La préparation ténicide se composait de 45 grammes de semences pilées avec 15 grammes de sucre et 10 grammes d'eau. (*Répertoire de pharmacie*, juillet.)

---

**Dangers que présente le cyanure de potassium chez les photographes.** Les photographes manient habituellement deux poisons très-énergiques, et en quantités relativement énormes : le cyanure de potassium et le bichlorure de mercure. Or, en dépit des avertissements répétés, ils se mettent en contact avec ces substances dangereuses de la manière la plus imprudente. En voici un exemple rapporté par M. Davanue : le sieur M...., voulant faire disparaître les taches noires laissées à l'une de ses mains par le nitrate d'argent, les frotta avec un assez gros morceau de cyanure de potassium, et il s'en glissa un petit fragment sous l'ongle d'un des doigts. N'y ayant pas fait d'abord attention, M.... ne tarda pas à y éprouver une vive douleur, et, en quelques instants, il fut pris de vertiges, de telle sorte que tout semblait tourner autour de lui. Pour se débarrasser promptement, il eut la malheureuse idée d'employer du vinaigre : le cyanure fut aussitôt décomposé, et de l'acide cyanhydrique se trouva mis à nu. Les vertiges arrivèrent au plus haut point, accompagnés de frissonnements; pâleur de la face, œil éteint, dépression profonde des forces, impossibilité de parler, mais conservation de l'intelligence; puis, refroidissement des extrémités, diplopie.... Cet état dura près de dix heures. Des frictions froides sur la colonne vertébrale, des inspirations d'ammoniaque, une forte infusion de café noir, mirent un terme à ces graves accidents. (*Canstatt's Jahresb.*, et *Répertoire de pharmacie*. Juillet.)

# VARIÉTÉS.

*De l'emploi des enveloppes des moignons et des services qu'elles rendent pour le jeu des appareils prothétiques.*

Note lue à la Société de chirurgie par M. Debout.

Dans les essais auxquels ils se livrent pour améliorer les appareils destinés à suppléer les fonctions du membre inférieur, les fabricants se préoccupent trop exclusivement des données mécaniques du problème. Bien que ce point domine la question et qu'il soit impossible d'assurer la station et la marche d'un amputé sans y avoir satisfait, il n'est pas le seul, et certains artifices, pour avoir seulement une action secondaire, n'en ont pas pour cela une moindre valeur. C'est sur l'un d'eux, l'emploi des enveloppes des moignons des amputés et les services qu'ils rendent pour le jeu des appareils prothétiques, que je désire appeler l'attention de la Société.

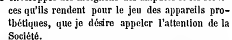




Fig. 1.

Sans vouloir aborder le côté historique de ces tentatives, je dois faire remarquer cependant que l'importance de ce secours n'a pas échappé à la sagacité du chirurgien qui, le premier, s'est occupé de la construction d'une jambe artificielle réellement utile. Ainsi le modèle de jambe, créé en 1696 par Verduin, ne remplissait pas seulement les conditions principales du problème mécanique, mais encore il mettait à profit l'usage d'un bas en peau de chamois qui, remontant jusqu'à la partie supérieure du membre, était fixé et maintenu par le cuissard et tenait le moignon suspendu (fig. 1).

Je ne reviendrai pas sur la disposition ingénieuse de cet appareil que j'ai décrit et représenté ailleurs (1). L'on sait que Louis, dans son rapport à l'Académie de chirurgie, méconnaissant la portée des enseignements fournis par Verduin, repoussa et la méthode opératoire formulée par ce sagace chirurgien et le modèle de jambe qu'il avait inventé.

L'appareil de Verduin reposait sur cet excellent principe, qu'il faut toujours chercher un point d'appui sur le segment du membre placé au-dessus de celui qui a subi la mutilation. Louis le rejeta, et, rappelant la disposition des condyles du tibia, il ajoutait : « Le volume de la partie supérieure de cet os permet d'ajuster la machine de façon qu'elle donne sous l'apophyse un point d'appui circulaire, sur lequel le poids du corps pourra être soutenu. »

La puissance qu'avait à cette époque le principe d'autorité fit qu'on abandonna désormais le modèle de Verduin pour revenir à celui de Van Sollingen,

(1) Enquête sur la valeur des jambes artificielles destinées aux amputations sus-malléolaires. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LVIII.)

qui prenait exclusivement son point d'appui autour des condyles du tibia. Tous les chirurgiens du dix-huitième siècle, ceux de l'Italie, de l'Allemagne, de l'Angleterre, comme ceux de la France à partir de Ravaton, s'efforcèrent de faire marcher leurs amputés de la jambe avec des appareils prenant leur point d'appui autour du genou.

Aucune de ces bottines, malgré leurs formes variées, n'est entrée dans la pratique, et même plus d'un siècle se passe en essais infructueux sollicités par le jugement de Louis. Il est cependant deux tentatives que nous devons signaler ici, car, si elles ont abouti en partie, ce résultat est dû à l'addition du bas de peau conseillé par Verduin et que l'on a fait remonter dans un de ces cas jusqu'à la ceinture.

En 1811, un ingénieux fabricant de Wurtzbourg, Heine, eut à faire une jambe artificielle pour une jeune fille amputée par le professeur Siebold ; l'opération avait été pratiquée trois pouces au-dessus des malléoles. Pour prévenir le froissement de la cicatrice par le fond de l'appareil, le fabricant embrassa le moignon dans un bas lacé, garni à sa partie supérieure de deux coussins qui prenaient leur point d'appui sur le bord supérieur de la bottine. Heine ajoute : « La malade alla bien à la suite de cette modification, seulement, lorsque l'enveloppe du moignon n'était pas lacée également, la peau do la surface d'amputation était tiraillée, ce qui provoquait des douleurs. Il importe donc beaucoup de serrer également le lacet. »

Ce fabricant publie une seconde observation. Elle a pour sujet un cordier, âgé de trente ans, qui avait été amputé à dix-sept ans, mais beaucoup plus haut que la jeune fille. Cet homme avait essayé de porter des jambes artificielles, et, n'ayant pas réussi dans ses essais, il était revenu à l'usage du pilon. Le 10 avril 1811, Heine lui appliqua une jambe artificielle construite sur le même modèle ; mais, comme le moignon était très-court, il ajouta deux ressorts à ceux qui faisaient mouvoir le pied artificiel. De plus nous voyons, dans le dessin de son appareil, que l'enveloppe en peau du moignon embrasse toute la cuisse et va se fixer autour du bassin.

L'ingéniosité des malades les conduit quelquefois à trouver spontanément l'usage des mêmes ressources. Le cas le plus remarquable est le suivant, que j'ai publié dans mon enquête sur les jambes artificielles.

« M. Goëns, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain pour une gangrène des deux pieds provoquée par l'immersion de ces parties dans de l'eau de lessive très-chaude. Quelques semaines plus tard, le 8 décembre 1845, une double amputation sus-malléolaire lui est pratiquée par le professeur Michaux. Lorsque les plaies des moignons sont cicatrisées, l'hôpital fournit à cet intéressant mutilé deux membres artificiels construits par M. Bonnels aîné, fabricant à Bruxelles, sur le modèle de celui de Mille (d'Aix) ; pendant quinze ans cet homme a marché avec ces appareils, mais au bout de ce temps il a fallu les remplacer, et l'administration hospitalière s'est refusée à un nouveau sacrifice. Goëns s'est donc vu forcé à se créer un modèle de jambes moins dispendieux, car il est tailleur dans un village. Ce mutilé s'est ingénié de se faire fabriquer, par le sabotier du lieu, une paire de bottes en bois léger : celles-ci sont évasées à leur partie supérieure comme les bottes des soldats de grosse cavalerie, afin de prendre un point d'appui au-dessous du genou, autour des condyles du tibia. Les pieds de ces appareils ne sont pas mobiles à leur point de jonction avec la jambe; c'est donc la bottine de Van Sollingen, ou la partie inférieure de la jambe de Verduin. Le mouvement des articulations tibio-

tarsiennes étant moins indispensable pour la progression que celui des articulations des genoux, cet homme marche à l'aide do ses deux bottines en bois. Mais combien de temps peut-il le faire ? quelle distance peut-il parcourir ? c'est ce que nous ne pouvons dire. »

Depuis que nous avons publié cette observation nous avons vu Goëns, que M. Michaux a eu l'obligeance d'amener à une séance de l'Académie de médecine de Belgique, à laquelle nous avions l'honneur d'assister. Cet homme avait fait trois lieues à pied pour se rendre à l'invitation de M. Michaux. La peau du pourtour de ses genoux, région sur laquelle les bottines prenaient leur point d'appui, était rouge et légèrement douloureuse. Cependant il se disposait à retourner chez lui de la même façon. Sa marche n'est point disgracieuse, et, sur le parquet de la salle de l'Académie, elle avait lieu sans l'aide d'une canne. Si Goëns a pu faire usage de membres artificiels réduits à la partie jambière, il le doit à l'emploi d'un caleçon de forte toile qui embrasse les deux tronçons des membres abdominaux. L'extrémité des jambes de ce caleçon sont fixées aux bottines et garnies de coussins pour atténuer les frottements.

Cet homme, exerçant le métier de tailleur, passe la plus grande partie de ses journées assis, ce qui explique qu'il puisse se contenter de ces bottines. Toutefois, il ne s'effraye jamais de franchir les trois lieues qui le séparent de Bruxelles et y vient faire ses achats.

Dans les cas ci-dessus, l'enveloppe des moignons joue le rôle d'un hamac suspenseur, elle agit de bas en haut ; nous allons la voir maintenant agir de haut en bas et son secours devenir plus précieux encore pour les mutilés.

Lorsque l'amputation a dû être pratiquée tout à fait à la partie supérieure du membre abdominal et surtout dans les cas de désarticulation de la cuisse, les données du problème mécanique sont telles, que longtemps les chirurgiens ont désespéré de faire marcher leurs mutilés avec un autre appareil que le pilon-sellette. Cet appareil est constitué par une tige de bois à la partie supérieure de laquelle est posée une espèce de godet peu profond sur lequel repose le moignon ; de la partie externe de cette cuvette s'élève un montant garni d'une ceinture qui se fixe autour du corps du mutilé.

Les inconvénients de ce modèle étaient trop considérables pour qu'on ne cherchât pas à mieux faire. En effet, le point d'appui étant peu étendu, l'appareil se déplace facilement, et, pendant la progression, le mutilé est forcé de le conduire avec la main à l'aide d'une poignée fixée à la cuvette. La station assise, le corps portant sur les deux ischions, n'est possible qu'autant que l'appareil est enlevé ; si le corps porte sur un seul ischion, la cuvette se déplace et il faut la remettre avant d'essayer un pas.

Au savant inspecteur du service de santé de la marine, Fouilloy, revient l'honneur d'avoir créé le premier modèle de jambe artificielle destiné aux amputés qui ont subi la désarticulation de la cuisse. Ce chirurgien est parvenu à son but en donnant à la cuvette de l'appareil des dimensions assez considérables pour qu'elle embrassât tout le côté du bassin correspondant au membre amputé. « Pour suppléer dans son mécanisme le membre naturel, il faut, dit Fouilloy, que les moyens de prothèse embrassent tout l'espace qu'occupaient les agents contractiles qui maintiennent l'équilibre. Or, l'espace dont il s'agit ne se réduit pas à la circonférence cylindrique de la cuisse ; il comprend la surface du bassin à laquelle sont insérés les muscles qui, pendant la station et la locomotion, assurent un rapport normal entre les os des iles et le fémur. Selon cette vue, nous avons élargi et rendu ovalaire la cuvette qui reçoit la région

ischiatique ; nous lui avons donné 18 centimètres 1/2 d'avant en arrière et 16 centimètres 1/2 de dedans en dehors. De la partie externe s'élève un rempart moulé sur les régions iliaque et fessière, en sorte que les neuf dixièmes de la moitié correspondante du membre s'emboîtent exactement dans sa courbe. Les tiges métalliques destinées au prolongement du membre se fixent aux extrémités du diamètre transversal de la cuvette ; elles descendent en se rapprochant




Fig. 2.

et communiquent à l'ensemble des pièces l'apparence d'un cône renversé, ce qui est aussi la forme du membre naturel, abstraction faite du pied (fig. 2).

« La pièce principale qui s'adapte au bassin est fortement assujettie par cinq courroies : les deux premières, B, font l'office de ceinture en passant au-dessous de la crête iliaque ; les deux autres concourent au même but, mais sont placées plus haut vers le thorax ; la cinquième, C, descend de l'aisselle pour se boucler à la partie moyenne du bord supérieur du rempart. Nous n'avons pas hésité à sacrifier la légèreté à la solidité ; la charpente de l'appareil est en acier, et

nous l'avons rendue assez forte pour résister longtemps aux secousses violentes qui se renouvellent incessamment pendant la marche. Cependant le poids total n'excède pas 3k,335, qui ne représentent pas tout à fait la moitié du poids du membre naturel. La jambe mécanique de Martin pèse 2k,625; la différence n'est donc que de 710 grammes.

« Où trouver le principe du mouvement? On tenterait en vain de l'emprunter à l'os innominé qui, lui-même, est immobile. Nous l'avons cherché dans les articulations des vertèbres, à la région dorso-lombaire, et dans les muscles puissants qui vont de la poitrine au bassin. Il nous a fallu lier notre appareil au thorax, et surtout aux épaules, au moyen d'un corset doublé. »

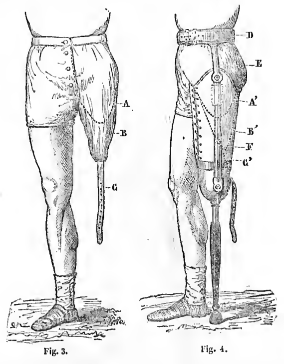


Fig. 3. Fig. 4.

Tel est le modèle de l'appareil prothétique créé par Fouilloy. Des modifications heureuses y ont été apportées déjà par M. Charrière et plus récemment par M. le professeur Arlaud (de Toulon); elles ont affranchi les mutilés de la nécessité de faire usage de ce corset doublé qui était très-incommode. Une nouvelle amélioration est l'emploi d'un caleçon en peau que M. Lebelleguic, orthopédiste des hôpitaux, applique à tous les malades qui ont subi la désarticulation coxo-fémorale, et même à ceux qui ont subi l'amputation de la cuisse dans un point si élevé, que le moignon est trop court pour assurer le maintien de l'appareil. Une courroie placée à l'extrémité de la jambe du caleçon du côté amputé, et que l'on attache à l'extrémité inférieure du cuissard, maintient la cuvette de la jambe si solidement fixée au bassin, qu'elle ne saurait se déplacer (fig. 3). De cette façon on a pu réduire cette partie de l'appareil à ses plus petites dimen-

sions, sans diminuer la solidité de l'adaptation du membre artificiel, et même, dans certains cas, les mutilés peuvent faire usage de simples cuissards.

Les trois malades que je vous présente, et qui appartiennent aux services de nos collègues, MM. Richet et Chassaignac, vont vous fournir la preuve de l'étendue de ce secours. Chez l'un d'eux, la cuisse a été amputée dans son tiers supérieur; les deux autres ont subi une désarticulation coxo-fémorale.

Le premier est le nommé Klump, garçon tailleur, âgé de vingt-neuf ans, auquel M. Chassaignac a amputé la cuisse, le 29 mars 1862, pour une ostéite du fémur. Cette opération, pratiquée au-dessous des deux trochanters par la méthode de l'écrasement linéaire, a fourni un moignon assez bien matelassé par les parties molles. Son peu de longueur (8 centimètres) a forcé M. Lebelleguic à recourir au caleçon en peau pour le faire marcher à l'aide du simple cuissard, que lui accordait l'administration des hôpitaux.

L'emploi de ce secours, tout puissant qu'il est, ne dispense pas de tenir compte des lois de la statique. Ce mutilé en est un exemple : il marche bien, et longtemps, vous le voyez; mais, pour cela on a dû ajouter à la partie antérieure de la cuvette deux courroies qui viennent prendre leur point d'appui sur la ceinture. Avant cette addition, le moignon avait une tendance à glisser au-dessus du bord antérieur du cuissard. Ce résultat était la conséquence de la mauvaise direction dans laquelle se faisait la traction de la courroie du caleçon ; si, au lieu de fixer son extrémité en arrière de l'axe du membre (en C, fig. 4) on l'avait placé en avant, on eût dispensé cet homme de l'addition des deux courroies (1). Cette faute n'a pas été commise chez les deux autres mutilés.

Le second malade est plus intéressant, en ce qu'il fait usage du caleçon depuis neuf années, et qu'ayant subi une désarticulation de la cuisse il peut, grâce à ce secours, faire chaque jour 8 et 10 kilomètres avec un simple cuissard.

Garboniny, employé, âgé de vingt-sept ans, a subi la désarticulation de la cuisse droite en 1852. L'opération a été pratiquée par M. Richet, pour une ostéo-myélite du fémur.

Pendant trois ans, ce jeune homme a tenté en vain de marcher avec les cuissards qu'on lui avait fabriqués et il était obligé de revenir toujours à l'usage des béquilles. En janvier 1854, M. Lebelleguic eut l'idée de lui appliquer un caleçon en peau disposé de la façon que nous avons décrite ci-dessus. Le succès de la tentative fut immédiate, et, depuis cette époque, ce mutilé en fait usage et marche sans canne et d'une manière des plus remarquables.

Garboniny nous a appris que l'usage de ce caleçon étant très-incommode l'été par la chaleur qu'il développe, il avait tenté plusieurs fois de s'en affranchir. Pour mieux assurer le maintien de l'appareil en l'absence du caleçon, il avait donné de plus larges dimensions à sa ceinture, placé des courroies à la partie antérieure de la cuvette, mais que tous les essais auxquels il s'était livré à cet égard étaient restés infructueux et qu'il avait dû reprendre l'usage de son enveloppe de peau. Ce renseignement est précieux, car ce jeune homme est des plus ingénieux, et ses essais ont dû être bien dirigés.

(1) Depuis la présentation de ce mutilé, la modification que nous indiquions a été faite. On a enlevé dans la figure les deux courroies antérieures, mais la direction vicieuse de celle du caleçon n'a pas été corrigée, ce qui nous engage à maintenir notre observation, afin de prévenir toute erreur. Du reste, il est beaucoup plus facile pour les mutilés de boucler la courroie de leur caleçon sur la partie antérieure du cuissard que sur sa partie postérieure.

L'usage des cuissards ainsi adapté à la désarticulation de la cuisse réalise une grande économie pour les mutilés pauvres, puisqu'il les dispense de l'achat toujours coûteux des jambes artificielles. Mais, il faut bien qu'on sache que les cuissards les exposent à des dangers, dont M. Dauvé est venu récemment nous fournir un remarquable exemple.

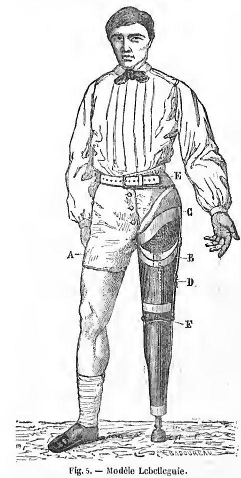



Fig. 5. — Modèle Lebelleguie.

Dans notre séance du 5 février 1861, ce chirurgien venait placer sous nos yeux le côté droit du bassin du nommé Rembourg, soldat invalide auquel M. le professeur Sédillot avait désarticulé la cuisse en 1839. Une des particularités de cette pièce qui ont le plus fixé l'attention, c'est le renflement gangliforme que présentait l'extrémité du nerf sciatique, et qui avait provoqué des douleurs atroces à ce mutilé. Cette dégénérescence cicatricielle conduisait M. Dauvé à poser en principe de toujours reséquer le nerf à sa sortie de la grande échancrure sciatique.

Un second enseignement ressortait de l'examen de cette pièce, mais il n'a pas été saisi complétement : c'est la soudure du sacrum et du coccyx et leur déviation qui était telle, que le rectum était comprimé au point que, pendant les dernières années de sa vie, cet homme ne pouvait aller spontanément à la garde-robe et devait vider son intestin avec le doigt.

Ces diverses lésions étaient le résultat de la pression exercée sur ces parties par le rebord du cuissard-sellette.

Cet homme, à son entrée aux Invalides, avait reçu deux modèles d'appareils ; l'un fabriqué à l'Hôtel des Invalides, le cuissard-sellette ; un second construit par M. Charrière et dans lequel la sellette était remplacée par une cuvette embrassant le côté du bassin. Quoique cette jambe fût plus légère et son adaptation plus solide, puisqu'elle emboîtait exactement le moignon, Rembourg s'en

servait seulement pour faire ses courses. Pour son travail (il était monteur en cuivre et travaillait debout), il préférait sa sellette.

On vient de voir ce que vingt années d'usage de cet appareil avait produit chez Rembourg. Si on ne peut éviter la compression du coccyx par le rebord du cuissard, mieux vaudrait encore imposer aux mutilés le sacrifice d'une jambe artificielle, qui peut être désormais réduite à sa construction la plus simple. Voici le modèle que propose M. Lebelleguic.

Gallais, ouvrier opticien, âgé de vingt ans, a été amputé dans l'articulation coxo-fémorale, le 13 octobre 1860, par M. Chassaignac. Le moignon étant cicatrisé, M. Mathieu a essayé de construire pour ce malade un nouveau modèle consistant en une cuvette embrassant plus complétement encore le bassin que dans l'appareil Fouilloy. Malgré la solidarité bien établie entre le moignon et la cuvette et la disposition ingénieuse de ses diverses parties, ce modèle n'a pu servir. Il était basé sur un principe que je crois mauvais, celui de faire reposer la cuvette sur une tige centrale ou pilon. A chaque pas que faisait le mutilé, le choc que produit la répercussion du sol retentissait douloureusement dans la cicatrice; force fut à Gallais de reprendre les béquilles.

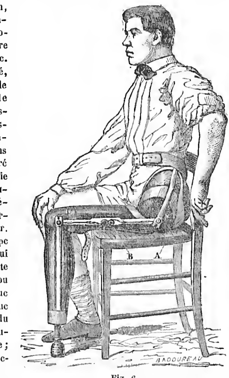


Fig. 6.

M. Lebelleguic s'est mis à l'œuvre à son tour et s'est bien gardé de s'isoler des enseignements antérieurs. Sa jambe (fig. 6) n'est autre que la dernière modification apportée par M. le docteur Arlaud (fig. 5) au modèle de l'inspecteur du service de santé de la marine, et simplifiée encore par l'addition du caleçon.

La cuvette C qui embrasse le moignon offre dans le membre artificiel de M. Lebelleguic des dimensions beaucoup moins étendues que dans tous les autres modèles. Au centre de sa partie inférieure existe une ouverture par où sort la courroie du caleçon B, lequel va se fixer sur la tige qui traverse l'articulation du genou.

La figure 6 montre la disposition des pièces de l'appareil lorsque le mutilé est assis. Ce dessin fait voir également la forme des verroux placés sur l'attelle externe B et qui ont pour but d'immobiliser le cuissard, ainsi que l'articulation du genou.

Par décret du 15 juillet, M. le docteur Combal est nommé professeur titulaire de la chaire de thérapeutique vacante à la Faculté de Montpellier.

---

L'Académie de médecine a élu M. Magne, directeur de l'Ecole d'Alfort, membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

---

Le concours pour la place de chef de clinique d'accouchements à la Faculté, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Géniot; son compétiteur, M. Bailly, est désigné comme chef de clinique adjoint.

---

Par décret du 5 juillet, les médecins dont les noms suivent ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en récompense de leur conduite courageuse et dévouée pendant l'expédition du Mexique, savoir : Au grade d'officier : M. Bouffier, chirurgien principal de la marine, détaché à la Vera-Cruz. — Au grade de chevalier : MM. Normant, chirurgien de deuxième classe de la marine, chirurgien-major de *la Normandie*; — Rougon, chirurgien de deuxième classe de la marine, détaché à la Vera-Cruz; — Gandaubert, chirurgien de deuxième classe de la marine, chirurgien-major de *l'Ardèche*; — Moinet, chirurgien de deuxième classe de la marine, chirurgien-major de *la Sèvre*; — Baquié, chirurgien de troisième classe de la marine, chirurgien-major de *l'Allier*; — Marchant, chirurgien auxiliaire de troisième classe, chirurgien-major de *la Sainte-Barbe*; — Michel, chirurgien auxiliaire de troisième classe, chirurgien-major du *Berthollet*; — Simon, pharmacien de deuxième classe de la marine, détaché à la Vera-Cruz.

— M. le docteur Muraour, ancien chirurgien du brick *l'Inconstant*, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

---

M. le docteur Henri Roger vient de faire don de la somme de 500 francs à l'Association générale.

---

Deux emplois de médecin de colonisation sont vacants dans la province de Constantine (Algérie).

Les personnes qui désireraient occuper les emplois dont il s'agit sont prévenues qu'elles trouveront tous les renseignements nécessaires à la préfecture de la Seine (bureau du commerce, de l'agriculture et des travaux publics).

---

La Société de médecine de Rouen étudie en ce moment un projet dont le but est de réunir à Rouen un congrès dans lequel on s'occupera spécialement de médecine et de chirurgie.

L'autorisation nécessaire a été demandée au préfet de la Seine-Inférieure, et, en l'accordant, ce magistrat a bien voulu témoigner à l'avance toute la sympathie qu'il avait pour ce projet et assurer de son puissant concours.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Note sur la résine de quinquina considérée comme médicament fébrifuge.

Par M. Jaumes, professeur de pathologie et de thérapeutique générales [1].

En 1804, dans son ouvrage intitulé *Méthode iatroleptice* (cette dernière épithète, modifiée depuis, est devenue *iatraleptique*), M. Chrestien avait annoncé que les éléments du quinquina solubles dans l'alcool recélaient particulièrement la vertu fébrifuge. Cet aperçu d'analyse, suggéré par la clinique, ne tarda pas à devenir chez nous une vérité vulgaire. Bientôt le produit de l'alcool employé de cette manière sur le quinquina fut considéré à Montpellier comme un excellent médicament, et depuis il est journellement utilisé. On l'appela *résine*, parce qu'alors toutes les parties solubles dans l'alcool étaient considérées comme de nature résineuse, tandis que celles dont l'eau s'emparait étaient nommées gommeuses. On sait depuis longtemps que la résine de quinquina ne justifie pas chimiquement son nom. Le nom lui est resté pourtant, parce qu'on a senti le besoin de la distinguer des autres extraits alcooliques de quinquina. Nous verrons dans un instant que cela était nécessaire.

Lorsque, vingt-cinq ans après, MM. Pelletier et Caventou découvrirent la quinine et la cinchonine, nous apprîmes que la préparation de M. Chrestien devait son efficacité à un état plus concentré de ces alcaloïdes formant des combinaisons naturelles. En cela, nos connaissances furent perfectionnées ; toutefois, sous le rapport exclusivement pratique, nous profitions déjà avec notre extrait alcoolique, préparation active sous un petit volume et toujours chimiquement la même, du principal avantage de la découverte de la quinine. Il est d'ailleurs évident que le médecin de Montpellier, en faisant le départ des principes qui, dans le quinquina, sont particulièrement fébrifuges, a été le précurseur des travaux chimiques de MM. Pelletier et Caventou.

---

[1] Nous extrayons cette note d'un mémoire publié par le *Montpellier médical*, sous ce titre : *Documents pour servir à l'histoire du quinquina considéré comme fébrifuge*. Beaucoup de médecins ont entendu parler de la *résine de quinquina* et de ses bons effets dans les fièvres graves, mais peu connaissent sa véritable composition : la plupart des formulaires ou traités de pharmacie ne donnent, en effet, à cet égard, que des indications complétement erronées. M. Jaumes a donc fait chose utile en rétablissant la formule d'un médicament qui peut rendre de grands services à la pratique ; aussi nous nous empressons de reproduire cette partie du travail du savant professeur de Montpellier.

La vraie résine de quinquina est un fébrifuge trop longtemps, trop souvent expérimenté, pour que le moindre doute soit permis sur son compte. Nous la plaçons sur la même ligne que les sels quiniques, et elle nous rend les mêmes services. Nous avions donc, bien avant la quinine, un fébrifuge pouvant être substitué au quinquina en poudre. Comment se fait-il que notre opinion sur la valeur de la résine ait été sans écho ? La réponse est facile. Les pharmaciens de l'école de Montpellier connaissent *seuls* la vraie résine de quinquina et savent la préparer. Partout ailleurs on tient sous ce nom un produit qui, n'étant pas le nôtre, devait tromper l'attente des médecins. Voilà pourquoi, malgré nos constantes affirmations, la résine de quinquina n'a obtenu aucun crédit auprès d'eux (1), en dehors de notre sphère.

Près de soixante années se sont écoulées depuis la publication des travaux de M. Chrestien ; pendant ce long temps nous avons, à plusieurs reprises, fait connaître le *modus faciendi*, et, chose incroyable ! tous les ouvrages venus de Paris, le Codex en tête, s'obstinent à donner des formules inexactes.

Le Codex, qui est la loi en pharmacie, prescrit d'employer le quinquina *gris*, l'alcool à 80 degrés centésimaux, et de laver le produit à l'eau tiède. Cela ne peut fournir qu'une préparation infidèle, et nous ne sommes pas surpris si, dans l'appendice thérapeutique imprimé à la suite du Codex, M. le docteur Al. Cazenave s'exprime ainsi sur son compte :

« Cette résine, regardée comme le principe fébrifuge avant la découverte de la quinine et de la cinchonine, a été regardée depuis comme la partie tonique, astringente. Elle contient, en effet, une certaine quantité de tannin. Elle est inusitée aujourd'hui, et c'est le quinquina rouge que l'on emploie lorsque l'on veut obtenir un astringent des préparations quiniques. »

Il n'y a là de notre résine que le nom.

Le livre de M. Soubeiran (*Traité de pharmacie théorique et pratique*), qui représente le mieux la pharmacie parisienne actuelle, parle de deux produits du quinquina par l'alcool. Le premier, appelé extrait alcoolique, est obtenu en traitant le quinquina *gris* par l'al-

---

(1) Il s'est passé quelque chose d'analogue au sujet des préparations d'or du même docteur Chrestien. En dépit des réclamations venues de Montpellier, on s'obstinait dans les livres de Paris à dire que M. Chrestien donnait le chlorure d'or et de sodium aux doses extravagantes de 3 jusqu'à 18 grains par jour. Cette erreur énorme est restée dans le *Formulaire magistral* de Cadet de Gassicourt, jusqu'à la sixième édition inclusivement.

cool à 56 degrés centésimaux. Le second, désigné sous le nom de *résine de quinquina*, doit être préparé avec quinquina (l'espèce d'écorce n'est pas indiquée) et alcool à 80 degrés centésimaux. M. Soubeiran recommande de traiter ce second extrait par l'eau tiède et de le laver ensuite à l'eau froide à plusieurs reprises.

Dans la première de ces préparations, il n'y a pas le quinquina qui convient, et l'alcool employé est trop faible. Le second extrait présenté comme notre résine, en le supposant fait avec le quinquina rouge [1], est préparé avec un alcool encore trop faible ; en outre il est privé, par suite des malencontreux lavages prescrits, de toutes les parties qui sont solubles à la fois dans l'alcool et dans l'eau : quinate de quinine, quinate de cinchonine, etc.

La résine de Montpellier est le produit do l'évaporation de l'alcool à 86 degrés centésimaux, dans lequel on a fait macérer le quinquina rouge ; elle contient donc *tout* ce dont ce dissolvant a pu s'emparer.

Attendu l'importance du sujet, je vais donner les détails pharmaceutiques relatifs à cette préparation. Je les emprunte à la *Pharmacopée* de feu M. Gay, professeur à l'Ecole de pharmacie de Montpellier, p. 764 du premier volume.

| | |
|---|---|
| Quinquina rouge en poudre grossière........... | Q. V. |
| Alcool à 36 degrés Baumé, 86 centésimaux...... | Q. S. |

« On épuise le quinquina par des macérations réitérées et faites avec l'alcool ; on filtre ; on réunit les diverses teintures et on distille pour obtenir les quatre cinquièmes de la liqueur. On coule alors la masse résineuse dans un vase évaporatoire de porphyre ou de faïence, et on procède à l'évaporation au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait ; et, dès que par le refroidissement la masse est presque cassante, on l'étend avec un bistortier en plaques que l'on divise en tablettes, auxquelles on donne la forme d'un losange, et que l'on étale sur un tamis de crin pour les faire sécher ; on les enferme dans un bocal que l'on bouche.

« 32 grammes de quinquina rouge de bonne qualité fournissent de 1 gramme 1/2 à 2 grammes de résine. »

Cette résine, ou, pour parler un langage plus exact, cet extrait alcoolique a une saveur amère, ingrate, disparaît dans l'alcool, dont il n'altère pas la transparence ; il est miscible à l'eau, mais ne s'y dissout pas.

---

[1] Chose improbable, car M. Soubeiran se taisant sur l'espèce de quinquina les pharmaciens doivent obéir à l'injonction formelle du Codex, qui veut le quinquina *gris* pour la préparation de la résine.

M. Chrestien proposa, en même temps que sa *résine*, un autre extrait alcoolique qu'il nomma *résino-extractif*, dans lequel il y a moins de rouge cinchonique à alcaloïdes, plus de tannin, etc. Cet extrait doit être préparé avec quinquina rouge et alcool à 50 degrés centésimaux (eau-de-vie). On le conserve en masse dans des pots bien bouchés, parce qu'il attire l'humidité de l'air.

Le résino-extractif a une saveur plus amère, plus désagréable que la résine. Sa vertu fébrifuge est moins puissante ; il est plutôt tonique, stomachique, et convient aux cas où la fièvre est compliquée ou entretenue par un état d'inertie.

M. Gay fait observer qu'en faisant agir l'alcool sur le quinquina par la méthode de déplacement, on obtiendrait plus promptement les extraits alcooliques dont il vient de parler ; on emploierait aussi une moindre quantité d'alcool en recueillant au moins autant de produit.

Revenons à la résine. Son emploi sous forme pilulaire n'est pas commode à cause de la quantité qu'il en faut ; le nombre et la grosseur des pilules seraient trop considérables. C'est sous forme liquide qu'on la prescrit, forme d'ailleurs la plus favorable au développement de la vertu fébrifuge des préparations quiniques.

M. Chrestien a été amené à ajouter à chaque formule le sel d'absinthe (sous-carbonate de potasse) dans la proportion de une partie de ce sel sur deux d'extrait. Cet usage s'est conservé, et l'on y tient à Montpellier. La chimie apprend que ce sel alcalin augmente la solubilité du rouge cinchonique ; mais comme en même temps il doit précipiter une partie de la quinine et de la cinchonine, le véritable motif de l'utilité de cette addition est encore douteux. Dans tous les cas, il faut se souvenir que la résine se suspend seulement dans l'eau, et qu'il est nécessaire d'agiter la potion au moment de l'emploi.

De tout temps on a remarqué que la résine avait des propriétés sensiblement laxatives, quoique légères. Le résino-extractif en est complétement dépourvu, probablement à cause de la quantité de tannin qu'il renferme.

Formule fébrifuge dans laquelle la résine est l'agent principal :

| | |
|---|---|
| Résine de quinquina.................... | 6 grammes. |
| Sel d'absinthe.......................... | 3 grammes. |
| Eau distillée............................ | 96 grammes. |
| Sirop simple............................ | 32 grammes. |

Pour les fièvres graves, la dose de la résine doit être de 8,

10 grammes, et par conséquent le sel d'absinthe sera porté à 4, 5 grammes.

Cette potion est toujours fondamentalement la même, sauf les doses, les auxiliaires et les correctifs qui peuvent être indiqués dans les cas particuliers.

D'ordinaire, nous utilisons à la fois les vertus des deux fébrifuges par excellence (résine et sulfate de quinine) quand la fièvre à traiter est pernicieuse. La gravité de la situation justifie cette conduite.

La formule suivante est très-employée quand la nécessité d'arrêter les accès est pressante, l'accès futur paraissant devoir être mortel :

| | |
|---|---|
| Résine de quinquina.................... | 8 grammes. |
| Sel d'absinthe........................... | 4 grammes. |
| Sulfate de quinine...................... | 80 centigrammes. |
| Eau distillée............................ | 90 grammes. |
| Acide sulfurique........................ | S. Q. |
| Sirop simple............................. | 30 grammes. |

La question de la valeur thérapeutique de la résine est très-importante. Ceux qui nient cette valeur ont tort, ils sont privés d'un agent précieux et parfois nécessaire. Ce n'est pas trop, quand on est en présence d'une fièvre pernicieuse, d'avoir deux moyens puissants à lui opposer, de réunir toutes les forces disponibles. D'ailleurs, trop souvent le sulfate de quinine est altéré ; il peut, quoique parfaitement pur, se montrer impuissant à cause d'une circonstance idiosyncrasique, ou par le fait de l'espèce de constitution médicale sous l'influence de laquelle la maladie a été formée.

A l'hôpital Saint-Eloi, qui contient habituellement un bon nombre de fébricitants, on a remarqué des époques où le sulfate de quinine était notablement inférieur à la résine, d'autres où l'inverse avait lieu, sans qu'on ait pu trouver la raison de ces vicissitudes. On conçoit que nous sommes heureux d'avoir la résine lorsque le sulfate de quinine trompe notre confiance.

Dans nos localités marécageuses, les cas comme le suivant sont fort communs. Un individu contracte la fièvre d'accès ; il prend du sulfate de quinine, souvent sans appeler un médecin. Ce fébrifuge est inopportun, ou bien, par suite de quelque vice dans l'administration, il n'est pas suivi de son effet thérapeutique. Le mal s'aggrave, et plus on s'obstine à ingérer du sel quinique, ce qui est l'ordinaire, plus augmente l'incompatibilité existant désormais entre lui et l'organisme vivant. Les accès sont devenus rebelles et

même menaçants. Que faire, lorsqu'on est appelé pour de pareils malades? Prescrire de nouveau le sulfate de quinine? On ne peut y penser, le patient en est saturé et offre des symptômes de l'intoxication quinique. La poudre, dans les circonstances dont je parle, ne serait pas tolérée et soulèverait l'estomac. Les autres préparations sont trop peu énergiques. Reste la résine, qui donne des espérances nouvelles et fondées.

Quelle que soit la préparation administrée, on en assure l'effet en répétant le lendemain la dose entière, s'il s'agit d'accès pernicieux; une dose moindre suffit pour les fièvres ordinaires. On prescrit ensuite des quantités décroissantes pendant quatre ou cinq jours, afin de maintenir le système dans les bonnes conditions où on l'a placé, et de prévenir une rechute.

---

### Etudes sur la valeur comparée du musc et de l'acétate d'ammoniaque dans le traitement des pneumonies graves avec délire (1).

Par M. le docteur J. Delioux de Savignac,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

VIII. Comme complément à ce travail, je crois devoir donner quelques observations cliniques. Il me paraît inutile d'insister sur celles qui seraient relatives au musc, lequel est bien acquis à la thérapeutique des pneumonies délirantes. J'en citerai deux cependant, pour exemples des cas où je crois devoir prescrire le musc de préférence à l'acétate d'ammoniaque. L'une de ces deux observations, c'est-à-dire la première que je vais rapporter, offre un double intérêt, parce que, en outre du délire, il est intervenu un nouvel élément fort grave, qui a forcé de recourir à une autre médication, exceptionnelle dans le traitement de la pneumonie.

Obs. I. *Pneumonie maligne; délire, tendance adynamique, algidité; emploi du musc, du quinquina et du thé punché.* — Alexis Constant, matelot, âgé de vingt-huit ans, né à Dinan (Côtes-du-Nord), entre à l'hôpital maritime de Toulon le 22 janvier 1863, se disant malade depuis le matin seulement. Examiné à la visite du soir, il tousse, a un peu de fièvre, n'accuse aucune douleur et passe pour atteint d'une bronchite au début. On se borne à lui prescrire de l'orge gommé et un julep diacodé.

Mais, dès le lendemain matin 23 janvier, sa situation est jugée

---

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 49.

plus sérieuse; la fièvre et la toux ont encore augmenté; l'expectoration est encore bronchique; le malade insiste sur une vive douleur au creux épigastrique, et parle moins d'une légère douleur au côté droit; mais celle-ci se propage dans le membre supérieur du même côté, et particulièrement à l'épaule; en l'auscultant, on trouve un commencement de râle crépitant. Langue saburrale, soif ardente, pas de selles depuis vingt-quatre heures; un peu de céphalalgie.

Prescription : potion avec tartre stibié, 30 centigrammes; hydrolat d'oranger, 30 grammes; sirop d'opium, 20 grammes; quinze sangsues sur le côté, vis-à-vis le râle crépitant.

Le 24, il n'y a plus de douleur au côté ni à l'épaule, mais la douleur épigastrique persiste. Peau chaude, pouls très-fréquent; céphalalgie intense; expectoration abondante, mais sans caractère pathognomonique; toujours beaucoup de soif, de saburres sur la langue; pas de nausées, mais une quinzaine de selles liquides.

On diminue la potion stibiée de 5 centigrammes, et on l'administre après l'avoir suspendue pendant quelques heures.

Le 25, la céphalalgie a disparu; le pouls est un peu tombé, il n'y a eu que cinq à six selles liquides dans les vingt-quatre heures. Même état de la soif et de la langue.

Même potion que la veille.

Le 26, le malade accuse un peu de céphalalgie et de mal de gorge; en examinant celle-ci, on y observe quelques taches stibiées; le pouls est plus fréquent qu'hier; la langue se nettoie; les évacuations alvines ont pourtant beaucoup augmenté, au point d'atteindre le chiffre de vingt-cinq.

La potion stibié est suspendue, et on la remplace par la suivante :

| | |
|---|---|
| Kermès.................................. | 20 centigrammes. |
| Oxymel scillitique......................... | 30 grammes. |
| Sirop d'ipécacuanha...................... | 15 grammes. |
| — d'opium............................ | 15 grammes. |
| Tilleul gommé........................... | Q. S. |

Le 27, la céphalalgie continue; quatre selles liquides seulement; la langue s'est enduite de nouveau. Un point de côté, plus violent qu'au début, s'est développé en arrière et au-dessous du mamelon droit; pour la première fois, apparaissent des crachats rouillés; la percussion donne encore un son normal, et le râle reste crépitant.

Même potion que le 26.

Le 28, pas de changement notable; trois selles liquides; une épistaxis considérable dans la soirée d'hier.

Même potion. — L'abandon du tartre stibié et de simples gargarismes émollients ont fait disparaître les taches stibiées.

Le 29, le point de côté a cessé, et néanmoins la pneumonie a progressé en mal; le souffle bronchique a remplacé le râle crépitant dans les deux tiers inférieurs du poumon, et la percussion donne un son mat au-dessus des limites normales du foie. L'expectoration est fortement rouillée. Le pouls est encore fréquent. Il est survenu enfin du délire dans la soirée d'hier; ce délire a duré toute la nuit, et persiste le matin.

Prescription : un vésicatoire vis-à-vis le poumon hépatisé; pour la journée, 1 gramme de musc en dix pilules, à donner d'heure en heure; pour le soir et la nuit, la potion kermétisée-oxymellée.

Le 30, la nuit a été meilleure; il n'y a pas de délire ce matin; il y a eu dans les dernières vingt-quatre heures, comme la veille, quatre selles en diarrhée, mais on perçoit en outre aujourd'hui du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La langue, qui a toujours été plus ou moins saburrale, est devenue sèche, très-rouge à son limbe. La peau est encore chaude, mais le pouls est faible et ralenti.

Arrêtons-nous un moment, pour nous rendre compte des faits antérieurs et nous préparer au changement de front qui va s'opérer.

La marche de cette pneumonie avait été évidemment des plus insidieuses. La douleur de côté est nulle ou presque nulle au début, et il semble qu'une violente douleur épigastrique la remplace. L'expectoration n'offre pendant plusieurs jours que le caractère bronchique, et cependant les signes stéthoscopiques ne permettent pas de méconnaître une pneumonie. La céphalalgie, souvent vive, est à peu près constante et peut déjà faire redouter la participation que doit prendre le cerveau à l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Le tartre stibié est donné à une dose très-modérée, mais l'intolérance accusée par la gorge et l'intestin oblige de le suspendre; et pendant les trois jours qu'il a été administré, il n'est même pas parvenu à faire rétrocéder une pneumonie du premier degré, prise à son début; au contraire, cette pneumonie passe au second degré, hépatise l'organe, et, peu avant, les crachats pathognomoniques apparaissent enfin. L'état du ventre et de la langue, une hémorrhagie nasale, une tendance permanente à la faiblesse, font craindre une complication typhoïde. Le malade cependant, depuis

son entrée à l'hôpital, n'a cessé de prendre force bouillons, et la médication n'a pas été débilitante à l'excès. La malignité enfin se démasque, et le délire révèle la gravité du cas ; le musc semble un moment en faire justice ; mais l'état des forces tend à se déprimer encore au moment même où l'intelligence redevient lucide, et nous allons voir maintenant la malignité se reproduire sous une nouvelle forme.

En effet, si nous reprenons notre malade le matin du 31 janvier, nous apprenons que le délire a reparu pendant la nuit ; la diarrhée et le gargouillement ont augmenté ; la peau est à la température normale, le pouls est lent et faible ; la langue est sèche et rugueuse. L'adynamie est de plus en plus manifeste.

On prescrit : pour tisane, l'infusion de feuilles d'oranger ; 1 gramme de musc associé à 2 grammes d'extrait de quinquina ; un demi-lavement de décoction de quinquina ; on ajoute aux bouillons un potage gras et un quart de vin.

A la visite du soir, la sœur déclare qu'elle a été obligée de suspendre les pilules de musc et de quinquina, par suite de vomissements répétés. Le malade, en outre de ces vomissements, a eu des lipothymies, des défaillances. Je le trouve dans un état extrême de faiblesse, pâle, refroidi, immobile en décubitus dorsal ; le pouls est presque imperceptible, la voix est cassée, les yeux entourés et cernés d'un cercle cyanotique ; il n'y a pas de cyanose appréciable nulle part ailleurs ; l'intérieur de la bouche est remarquablement froid ; les selles sont nombreuses, mais avec le caractère bilieux qu'elles avaient auparavant ; les vomissements n'ont plus eu lieu depuis que l'on a renoncé à l'administration des pilules ; aucune douleur, pas même de crampes.

Je prescris du thé punché (infusion de thé, un litre, additionné de 60 grammes de rhum) à boire chaud, à petits coups ; un demi-lavement laudanisé à douze gouttes, et des boules d'eau chaude dans le lit.

Cet état algide se modifia sous l'influence de ces moyens pendant la soirée ; la nuit fut passable.

Le 1er février, je retrouvai le matelot Constant beaucoup mieux ; la calorification était revenue, le pouls restait faible et petit, mais très-appréciable ; il y avait eu encore quatre garde-robes pendant la nuit ; l'intelligence était parfaitement nette ; le délire, au reste, avait passé dès le début de l'algidité.

Prescription : deux potages gras, quart de vin coupé avec de l'eau chaude sucrée ; thé punché, un litre. — Le malade, trouvant la ti-

sane à son goût, en boit deux litres dans la journée; — plus, la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait de quinquina.................... | 4 grammes. |
| Vin de Malaga.......................... | 60 grammes. |
| Hydrolat de mélisse...................... | 60 grammes. |
| Sirop de gomme......................... | 30 grammes. |

Enfin, un demi-lavement de décoction de quinquina.

Cet orage fut le dernier. Le 2 février, l'amélioration se soutenait; la faiblesse, néanmoins, était grande, et la diarrhée, quoique modérée, continuait. Je prescrivis la même médication que la veille.

Le 3, deux légères épistaxis, l'une dans la nuit, l'autre le matin; sommeil après deux jours d'insomnie; encore trois selles en diarrhée. Pouls faible, petit, à 48 seulement.

Même régime, même médication.

Le 4, deux selles, presque autant de faiblesse, un peu plus d'appétit. J'augmente l'alimentation, je continue le thé punché et la potion.

Le 5, l'amélioration est en tous points décisive. Depuis que l'élément algide est intervenu, le délire n'a plus reparu, la toux, l'expectoration caractéristique ont cessé; et maintenant la pneumonie entre en voie de résolution. La diarrhée tend à s'arrêter.

Du 5 au 9, le malade mange le quart de portion avec la demie de vin; la potion au quinquina et au malaga est suspendue, et il reçoit pour tisane de l'infusion de thé simple, sans rhum.

A partir du 10, les choses vont au mieux; et comme le sujet est toujours un peu faible, amaigri, le pouls restant aux environs de 50, on lui sert journellement 150 grammes de vin de gentiane et de quinquina [1]. Sous l'influence de cet excellent tonique et d'une alimentation large et réparatrice, Constant reprend rapidement ses forces, guérit tout à fait de sa pneumonie et sort de l'hôpital le 19 février, sur sa demande, se sentant et étant réellement assez valide pour accomplir tous les devoirs du service.

Voilà donc un cas de pneumonie où le musc a été insuffisant, il est vrai, comme agent curatif; mais son influence n'en a pas moins

[1] C'est un mélange, à parties égales, du vin de quinquina et du vin de gentiane du Codex, que je donne habituellement dans mon service d'hôpital aux convalescents affaiblis, aux anhémiques, aux cachectiques, à tous ceux enfin qui pèchent par insuffisance ou par allanguissement de la nutrition. Seul, ou joint au fer quand il y a lieu, ce vin composé est l'un des meilleurs sthénoplastiques que je connaisse, et mérite à ce titre d'être signalé. Il peut, la plupart du temps, remplacer le *vin de Séguin* dans les hôpitaux.

été manifeste sur le symptôme délire. Là aussi, et dans mes idées, vu le fond adynamique de la maladie, il me semblait mieux indiqué que l'acétate d'ammoniaque. Celui-ci aurait-il prévenu l'irruption de cet élément algide qui a fait la principale gravité du cas? J'en doute; je me suis bien gardé du moins de recourir à ce dernier médicament lorsque l'algidité est survenue, convaincu que, malgré sa réputation usurpée de remède stimulant, il aurait produit l'effet contraire et compromis d'autant le malade.

J'ai saisi cette occasion de signaler cet élément algide ou cholériforme, que j'ai l'habitude d'appeler *athermique* (peu importe le nom, du reste), et qui s'adjoint assez fréquemment à Toulon à d'autres maladies; élément de haute malignité, sur lequel j'ai insisté dans un récent ouvrage [1]. Ici, je me bornerai à ajouter à cette simple mention, que je ne le confonds point avec un accès de fièvre pernicieuse algide; l'élément athermique, tel que je l'ai vu et tel que je le conçois, est tout différent. Il n'y a point eu, dans l'observation précédente, de transformation en fièvre pernicieuse; je n'en serais point venu à bout sans quinine, et l'on ne viendra pas dire que 4 grammes d'extrait aqueux de quinquina peuvent remplacer les fortes doses de sulfate de quinine indispensables pour maîtriser une fièvre pernicieuse. J'ai vu, d'ailleurs, cet élément athermique se résoudre dans d'autres cas, sans aucune préparation de quinquina. Entre lui et l'accès pernicieux, il y a des analogies, mais il n'y a point d'identité.

Obs. II. *Pneumonie ataxique (base droite) avec délire, quelques symptômes typhoïdes. — Vertige nerveux à l'entrée de la convalescence.* — Frelat, vingt-sept ans, caporal au 4e régiment d'infanterie de marine, constitution fatiguée par un séjour de quatre ans tant en Chine qu'en Cochinchine, où il a été été atteint de fièvre paludéenne et d'où il est revenu depuis quinze mois, entre à l'hôpital maritime de Toulon le 12 février 1863, dans la journée, malade seulement depuis la nuit précédente, durant laquelle il a eu de la fièvre et un point de côté assez violent.

Etat constaté à la visite du soir, le 12 février : céphalalgie intense, fièvre modérée, toux fréquente sans expectoration, douleur vive au-dessous du sein droit; langue un peu saburrale, gargouillement dans la fosse iliaque droite, trois selles diarrhéiques dans la journée. Percussion : résonnance normale dans la moitié supérieure de l'hémithorax droit, matité dans la moitié inférieure; ausculta-

[1] *Traité de la dysenterie*, Paris, 1863.

tion : râle crépitant bien caractérisé au point mat et douloureux, respiration normale ou un peu puérile au-dessus ; l'hémithorax gauche est sain ; pas de râles bronchiques.

Prescription : douze sangsues au point douloureux ; julep : kermès, 25 centigrammes ; sirops d'ipéca et d'opium, de chacun 15 grammes ; eau gommé, q. s. — Cataplasmes à la chute des sangsues. — Orge gommée.

Le 13 février : point de côté amélioré, mais toujours senti ; toux sans expectoration ; moins de fièvre.

Prescription : potion stibié à 30 centigrammes, additionnée de 20 grammes de sirop d'opium.

Le 14 : un peu de sommeil dans la nuit, peu de fièvre ; toux moins fréquente, expectoration difficile de quelques crachats rouillés ; point de côté peu douloureux. La céphalalgie persiste, moindre qu'à l'entrée. Toujours de la diarrhée. — Potion stibiée, *ut suprà.*

Le 15 : exacerbation fébrile, un peu d'incohérence dans les idées ; langue jaunâtre, soif ardente, céphalalgie intense ; sentiment de faiblesse.

Prescription pour la journée : suspendre la potion stibiée et la remplacer par une autre avec 3 grammes de teinture de musc et 4 grammes d'extrait de quinquina.

Le 16 : délire toute la nuit, insomnie, vomissements ; le matin, sensation générale de froid, peau chaude cependant et sèche ; soif ardente, langue chargée d'enduits jaunâtres, ventre ballonné, indolore, cinq à six selles liquides dans les vingt-quatre heures ; délire persistant, quoique moins fort que la nuit. — Crachats rouillés, douleur de côté faible, râle crépitant.

Prescription : à prendre immédiatement 12 grammes d'huile de ricin dans un demi-looch ; pour l'après-midi et la soirée : 10 pilules avec, grammes, musc, 1, opium, 0,03. — Looch au sirop de Tolu pour la nuit. Infusion d'oranger pour boisson.

Le 17 : il a encore eu du délire hier dans la soirée, mais ensuite un peu de sommeil ; les vomissements ont cessé dès qu'on a renoncé à la potion musquée, qui déplaisait au malade ; l'huile de ricin et les pilules de musc et d'opium ont été conservées par l'estomac ; il y a eu trois selles provoquées par le purgatif ; ventre moins tendu, moins de gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais toujours soif et langue chargée ; la peau est chaude, aride, le pouls fréquent, la toux rare, l'expectoration nulle ; douleur de côté presque disparue ; râle crépitant affaibli, mais commencement de souffle bronchique, subdélire pendant la journée.

Prescription : mêmes pilules de musc et d'opium ; infusion d'oranger.

Le 18 : sommeil toute la nuit; le délire a cessé; amélioration dans les symptômes; langue plus nette, soif moins vive; peu de mal de tête; pouls à 80; l'expectoration ramène quelques crachats légèrement colorés, la douleur de côté est un peu revenue, et l'auscultation révèle du souffle bronchique et du frottement pleural. Toujours du gargouillement et des selles séro-bilieuses.

Même prescription que la veille.

A partir du 19, le délire n'étant point revenu, le musc est suspendu; et l'on revient au tartre stibié, à 20 centigrammes seulement en potion, pour le 19 et le 20. L'amélioration se soutient, mais la diarrhée continuant, le 21, je renonce au tartre stibié. Je remplace ce dernier médicament par le kermès (10 à 20 centigrammes) et l'oxymel scillitique (20 à 30 grammes), unis dans des potions qui sont prescrites pendant une dizaine de jours. La résolution de la pleuropneumonie marche assez rapidement, et la diarrhée cesse peu à peu.

Mais à l'entrée de la convalescence, vers le 21 février, le malade accuse un retour de la céphalalgie et se plaint particulièrement d'éblouissements et d'étourdissements. Ces nouveaux symptômes nerveux persistent pendant deux ou trois jours; les pédiluves sinapisés n'y font rien; et, reconnaissant là un vertige nerveux lié à l'anhémie antérieure qu'est venu accroître l'ébranlement organique causé par une pneumonie grave, je fais intervenir le valérianate de zinc. Ce dernier médicament, à la dose de 10 centigrammes seulement, en deux pilules, l'une le matin, l'autre le soir, fait totalement disparaître en trois ou quatre jours cette complication.

Il reste une surdité avec bourdonnements de l'oreille gauche; deux instillations de quelques gouttes d'éther dans le conduit auditif, à vingt-quatre heures d'intervalle, font disparaître entièrement la surdité et les bourdonnements.

Nous ne sommes plus qu'en présence d'une anhémie assez prononcée et qui rend la convalescence lente. Dès le début de sa pneumonie, le malade a été mis au régime des bouillons, et, dès le troisième jour, il mangeait deux soupes à la journée, que l'on n'a même pas suspendues pendant la durée du délire; l'alimentation a été, dès qu'on l'a pu, rapidement augmentée, et la médication n'a guère été débilitante. Avec l'aide des ferrugineux et du vin de gentiane et de quinquina, les forces finissent par revenir, et le malade sort le 14 mars, en état de reprendre son service.

L'action du musc a été ici aussi nette que satisfaisante, et les éléments de la maladie m'ont paru en indiquer l'emploi de préférence à celui de l'acétate d'ammoniaque.

(*La fin au prochain numéro.*)

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### De la méthode autoplastique par pivotement, appliquée à la restauration des paupières.

Il y a, pour toute méthode chirurgicale, une période qu'on peut appeler de *maturité :* telle est celle à laquelle nous paraît être arrivée aujourd'hui l'autoplastie, après avoir passé, d'ailleurs, par cette série en quelque sorte fatale de péripéties qui signale habituellement l'évolution de tout progrès scientifique.

Il est rare, en effet, et l'histoire de l'art est là pour le prouver, que l'époque de création d'un procédé ou d'une méthode soit aussi l'époque de son entrée définitive dans la pratique. Méconnue ou incomprise, toute innovation de cette nature devient bientôt l'objet d'une réaction plus ou moins vive, et, en tout cas, elle ne manque pas d'être en butte à des critiques auxquelles est loin de présider toujours l'esprit d'impartialité et de justice ; aussi sa destinée ordinaire est-elle de tomber dans le délaissement, et quelquefois dans l'oubli le plus complet.

C'est ainsi que, créée en réalité par Celse, la chirurgie restauratrice demeura oubliée ou condamnée pendant des siècles. N'a-t-on pas vu Fabrice d'Aquapendente déclarer la méthode de Celse « fâcheuse et cruelle, » et recommander de la laisser de côté ? Les belles tentatives des Branca, au moyen âge, des Bojano ensuite, et, plus tard, de Tagliocozzi, ne furent pas plus heureuses auprès de leurs contemporains, et même ne trouvèrent point grâce devant les railleries ou l'incrédulité des chirurgiens du dernier siècle ; et cependant cette pratique, si méconnue en Europe, était, dès les temps les plus reculés, en honneur dans l'Inde, d'où elle nous revenait juste au moment où Graëfe exhumait ou réinventait la méthode de Tagliacozzi.

Alors apparaît, pour l'autoplastie, une phase d'engouement et de vulgarisation exagérés, qui contraste singulièrement avec le long abandon où elle était tombée. Tout le monde se met à l'œuvre, et le nombre des difformités suffit à peine à l'ardeur et à l'empressement que l'on met à les attaquer. Toutes les hardiesses sont commises,

quelquefois heureuses et fécondes, comme celles de Dieffenbach; d'autres fois intempestives et capables de porter atteinte à l'avenir de la méthode et d'en reculer le progrès. Par bonheur, des esprits sages autant qu'ingénieux se rencontrent alors, qui, sachant, dans les tentatives déjà faites, démêler le bon, répudier le mauvais, apportant un correctif aux exagérations et aux fautes commises, et introduisant dans la méthode opératoire de nouvelles et heureuses données, non-seulement préviennent sa décadence, mais encore en assurent définitivement le succès, et la fixent dans la science. Tel est, vis-à-vis de l'autoplastie, et particulièrement de l'autoplastie de la face, le rôle qui nous paraît devoir être attribué à l'intervention récente de deux chirurgiens des plus éminents, MM. les professeurs Denonvilliers et Nélaton.

C'est ce que nous voulons et espérons démontrer, tout d'abord, pour la restauration des paupières.

La blépharoplastie dérive, en réalité, des deux grandes méthodes française et indienne; aussi n'est-il pas étonnant que, suivant que ces procédés se rattachent à l'une ou à l'autre, ils participent à leurs inconvénients ou à leurs avantages respectifs. Malheureusement, et à en juger par la plupart des résultats qui sont du domaine scientifique, ce sont les inconvénients qui dominent, et il serait facile, pensons-nous, d'expliquer cette prédominance par l'emploi presque toujours exclusif de l'une ou l'autre de ces méthodes. Sans parler des tentatives d'emblée infructueuses, la plupart des résultats obtenus à l'aide de procédés empruntés à la méthode indienne, depuis celui de Fricke, de Hambourg (1818), jusqu'à ceux de Blandin et de Dieffenbach, ne constituent, en définitive, que des succès plus ou moins partiels, quand ils ne sont pas de véritables insuccès. Bien moins heureuses encore dans leurs résultats furent les tentatives faites, à la faveur de la méthode française, d'abord par Dzondi (1818), puis, successivement, par Jaëger, Th. Warthon Jones et Dieffenbach lui-même.

Ce n'est pas que tous ces faits n'aient par eux-mêmes une haute signification, et loin de nous l'intention d'amoindrir le mérite de ces diverses tentatives. Toutes ont porté leur fruit et marquent une étape dans les progrès de la chirurgie réparatrice. Mais, il faut le dire, elles ne constituent, en général, que des applications partielles des cas tout individuels; elles n'obéissent, en réalité, qu'à des indications particulières. Or, le caractère essentiel et distinctif de la pratique de M. Denonvilliers, c'est de reposer sur un ensemble de principes susceptibles de généralisation, ce qui permet de les

ériger en méthode véritable; de là sa supériorité, consacrée désormais par un nombre imposant de succès constants et plus complets que ceux obtenus jusqu'alors.

Cette méthode sur laquelle le savant chirurgien a appelé, à diverses reprises, l'attention de ses collègues de la Société de chirurgie, est, en réalité et par l'ensemble des procédés qui la constituent, intermédiaire aux deux méthodes classiques; mais, comme elle possède la somme de leurs avantages, sans en avoir les inconvénients, elles nous paraît destinée à les remplacer dans la grande majorité des cas. De même que la méthode indienne, elle est susceptible de fournir des lambeaux très-grands, capables de réparer les surfaces les plus étendues; elle possède, en conséquence ce même avantage. Mais de plus, elle évite la *torsion* du pédicule que l'on se contente d'incliner ou de faire pivoter, ce qui a fait appliquer à la méthode, par son auteur, la désignation de *méthode par pivotement*. Le pédicule conserve, par là, plus de largeur et plus d'épaisseur, toutes conditions qui assurent davantage la vitalité du lambeau.

D'un autre côté, tout en empruntant ces derniers avantages à la méthode française, elle échappe à l'un de ses plus graves iuconvénients, lequel consiste à ne permettre le glissement direct des lambeaux, lorsque l'espace à combler est considérable, qu'à la condition d'exercer sur eux une traction violente pleine de dangers pour le présent et l'avenir de l'œuvre autoplastique. D'ailleurs, une bonne part des résultats favorables, réalisés par cette méthode, revient à son association indispensable avec le procédé ingénieux que paraissent avoir créé, chacun de leur côté, MM. Mirault (d'Angers), Maisonneuve et Huguier, *l'occlusion temporaire des paupières*.

Mais il est à remarquer que si une application heureuse de ce moyen a été faite dans les cas de *large perte de substance* ou *de la destruction complète des paupières*, c'est à la méthode de M. Denonvilliers qu'on le doit, car, jusqu'alors l'occlusion temporaire des paupières n'avait été que l'adjuvant de la méthode de Celse, et ne pouvait, conséquemment, s'appliquer aux ectropions du troisième degré.

Aujourd'hui, et grâce aux heureuses combinaisons dont il vient d'être question, cette impossibilité n'existe plus, et la déclaration suivante, émanée du père lui-même de la méthode française, ne saurait plus être maintenue : « *Si nimium palpebræ deest, nulla id restituere curatio potest.* »

Enfin, cette nouvelle méthode atteint encore les deux buts parti-

culiers suivants, qui ne sont pas les moins importants : 1° Elle permet d'obtenir presque toujours des *cicatrices verticales*, remplaçant les plaies qui résultent de la formation des lambeaux ; 2° elle fournit toujours un point d'appui au bord inférieur du lambeau, dont le glissement est ainsi prévenu.

En somme, ces dernières modifications aboutissent, dans leur ensemble, à une généralisation des procédés autoplastiques, qui a paru à M. Denonvilliers assez importante pour en faire le sujet d'un mémoire. Ne voulant pas déflorer son œuvre, nous nous bornerons, pour l'instant, à produire quelques-uns des faits de sa pratique nosocomiale.

Le premier cas dans lequel il a appliqué les principes de la méthode par pivotement à la restauration des paupières, se rapporte à une fille affectée d'un ectropion double, qu'un médecin de Bordeaux avait adressée à la Société de chirurgie. La lésion était tellement étendue, que tous les membres hésitaient à se charger de cette malade. M. Denonvilliers venait d'exposer les principes de sa méthode à propos d'une malade chez laquelle il avait reconstruit toute la lèvre supérieure, et dont nous aurons bientôt l'occasion de rapporter l'histoire. On le pria de prendre la jeune Bordelaise ; il se rendit au désir de la Société. — Le succès le plus complet est venu couronner ses efforts ; et dix-huit mois après, il renvoyait la malade dans son pays, après l'avoir soumise une dernière fois à l'examen de ses collègues.

Voici, d'ailleurs, dans tous ses détails, cette intéressante observation, que nous ne craignons pas d'offrir comme un modèle de la conduite à tenir en de semblables circonstances :

Obs. I. *Ectropion double. — Blépharoplastie avec occlusion temporaire des paupières. — Guérison.* — M^lle Rosa B***, de Bordeaux, âgée de vingt ans, vint à Paris, au mois d'octobre 1854, pour y être traitée d'un ectropion double, provenant des suites d'une brûlure qu'elle s'était faite à la face le 17 septembre 1853. Ce jour-là, à six heures du soir, elle fut prise d'étourdissement pendant qu'elle travaillait et tomba sans connaissance sur un fourneau rempli de feu ; elle se fit à la face une brûlure profonde. Elle fut soignée non par un médecin, mais par une dame charitable qui employa sur elle un secret de famille ; son traitement dura deux mois ; au bout de ce temps, elle eut la fantaisie de se regarder et se trouva horrible ; elle se décida à venir à Paris en 1854. Elle fut présentée à la Société de chirurgie, et entra ensuite à l'hôpital Saint-Louis.

Elle a un ectropion double, mesurant 4 centimètres pour la paupière supérieure et autant pour l'inférieure. En haut le sourcil est détruit, il n'en reste plus qu'une faible partie de l'extrémité interne

qui a pris une position verticale ; en bas les cils sont assez bien conservés dans la partie interne ; des cicatrices nombreuses, en dehors, en dedans, en bas et en haut, tendent les deux bords ciliaires ; la muqueuse est boursouflée, elle s'enflamme souvent (fig. 1).

Cette malade a été soumise à une série d'opérations qui n'a pas duré moins de dix-huit mois, mais qui a eu l'immense avantage de rendre à l'œil la protection de bonnes paupières, et de restaurer le visage si horriblement défiguré.



Fig. 1.

1re *opération, le* 12 *janvier* 1855. M. Denonvilliers fit en haut une incision parallèle au bord libre de la paupière supérieure, à 3 millimètres de ce bord, puis une incision semblable à la paupière inférieure. Il disséqua ensuite les lambeaux circonscrits par ces incisions, de manière à ramener les bords palpébraux au contact et à former, par leur rapprochement, un cul-de-sac pour chaque paupière ; puis, renversant ces bords en dedans, de manière à former un *entropion* artificiel, il réunit les deux paupières par la suture en affrontant les deux surfaces saignantes. La désunion des paupières qui devait avoir lieu plus tard aurait bien fait justice de l'entropion. Pour réparer la perte de substance qu'on venait de produire en haut en découvrant la surface à laquelle adhérait la paupière, M. Denonvilliers tailla un lambeau qu'il prit sur le front A ; sa base large et bien alimentée reposait sur la racine du nez entre les deux yeux. Il le fit pivoter de haut en bas et de dedans en dehors, sans

tordre sa base ; son bord gauche s'appliqua sur le bord ciliaire, le bord supérieur vint s'adapter au bord externe de la plaie palpébrale, tandis que le bord droit venait correspondre au bord supérieur de cette même plaie A' (fig. 2). Le lambeau fut réuni par la suture à points séparés. La suture réussit parfaitement. Le sourcil était compris dans le lambeau et devint horizontal par le mouvement de pivotement que subit le lambeau (fig. 2).

La suture des paupières ne tint pas, l'ectropion de la paupière inférieure se reproduisit ; mais le lambeau frontal contracta avec la supérieure de solides adhérences, et dès lors la paupière supérieure




Fig. 2.

était restaurée. Mais, à cause de l'insuccès de l'occlusion palpébrale, elle s'était un peu renversée en dehors et en haut; la conjonctive faisait encore saillie sur ce point.

La malade sortit de l'hôpital le 13 juin, y entra le 2 octobre et se soumit le 24 novembre à une nouvelle opération ayant pour but de restaurer la paupière inférieure et de rétablir l'occlusion.

2e *opération*. A cet effet, M. Denonvilliers fit des incisions demi-circulaires parallèlement aux deux bords libres des paupières renversés en dehors ; ces incisions intéressèrent la peau et une partie de la couche sous-cutanée.

Les deux paupières furent disséquées jusqu'auprès du rebord orbitaire. Puis les deux bords libres furent rapprochés, et on affronta les deux lambeaux ainsi détachés par leur surface saignante. Ils fu-

rent maintenus réunis par la suture à points piqués de Gély, mais avec une modification ; les points furent séparés. Ensuite M. Denonvilliers combla la vaste perte de substance qu'avait subie la joue, quand la paupière inférieure avait été relevée, à l'aide d'un lambeau de peau pris plus bas et sur ses côtés.

Le lambeau fut limité par deux incisions dont l'une partait de l'angle externe de la perte de substance, et descendait verticalement sur la joue, jusqu'au niveau de la commissure labiale B', et l'autre, partant de la tempe, descendait d'abord parallèlement à la première, puis s'arrondissait pour aller rejoindre son extrémité inférieure.




Fig. 3.

Ce lambeau fut disséqué et amené sur la perte de substance B. Sa base était large de 5 centimètres, et quoique le lambeau fût entièrement couvert de cicatrices, la peau avait assez d'épaisseur pour faire espérer qu'il vivrait à la nouvelle place où on devait le placer. Il y fut réuni par des points de suture entrecoupée (fig. 3).

Les suites de l'opération furent très-heureuses ; le troisième jour, les points de suture qui maintenaient le lambeau furent enlevés ; l'agglutination était complète.

Le cinquième, la suture des paupières fut enlevée ; elles adhéraient très-solidement. Depuis ce jour, la marche de la cicatrisation n'a pas cessé d'être très-régulière et même rapide ; les paupières sont restées réunies, sauf en deux endroits : dans le grand angle de l'œil, où la séparation a lieu depuis la commissure jusqu'au delà

des points lacrymaux, et à l'angle externe dans une petite étendue. Il semblait d'abord que la suture allait manquer et que la désunion allait s'étendre, mais elle s'est bornée, et les paupières sont restées adhérentes par le milieu.

A la suite de ces deux opérations, les deux lambeaux s'aplatirent de façon à ne faire aucune saillie. Le lambeau supérieur avait 53 millimètres dans son diamètre transversal et 28 dans le vertical; le lambeau inférieur était devenu oblique dans sa nouvelle position, il avait pour son bord externe 6 centimètres, et pour sa largeur la plus grande, 4 centimètres.



Fig. 4.

3e *opération*. Le 21 avril 1856 M. Denonvilliers se vit obligé, par les instances de la malade, de désunir les paupières plus tôt qu'il ne l'avait projeté. Il coupa le pont qui séparait les deux ouvertures où la réunion ne s'était pas faite. D'abord les deux paupières ne s'écartèrent pas et la malade eut de la peine à ouvrir l'œil; mais bientôt, la rétraction cicatricielle aidant, elles s'écartèrent plus qu'il n'eût fallu. Il se fit en haut et en bas de petits ectropions, sur lesquels la muqueuse forma des bourrelets saillants.

4e *opération*. Le 13 mai, M. Denonvilliers fit une dernière opération pour débarrasser la malade de ces deux nouveaux renversements; il aviva les bords palpébraux, et enleva à la partie externe un lambeau triangulaire ayant son sommet tourné en dehors; il était petit et avait pour but de prolonger les bords palpébraux, d'a-

grandir l'ouverture oculaire, et surtout de rendre sa forme naturelle à l'angle externe de l'ouverture palpébrale, qui s'était arrondi après la troisième opération. Puis on pratiqua sur le lambeau supérieur une incision parallèle au bord palpébral, de 3 à 4 centimètres de longueur : cette incision rendit la réunion de la partie externe des bords palpébraux plus facile. On réunit ensuite ces bords par quatre points de suture dite à points séparés.

Le 17 mai, les points de suture furent enlevés, la réunion fut complète, et le 7 juillet Rosa B*** quittait l'hôpital dans un état bien différent de celui où elle était en octobre 1854.

Les cicatrices qui se sont organisées aux places où les lambeaux ont été empruntés sont à peine marquées ; elles sont aplaties, presque partout linéaires ; le sourcil, ou ce qui en restait, est à une petite distance du bord de la paupière supérieure.

Les paupières, quoique très-mobiles, ne peuvent pas arriver partout au contact immédiat l'une avec l'autre ; il existe encore un petit ectropion à la paupière inférieure où la muqueuse se laisse voir ; mais c'est peu de chose : l'œil est bien recouvert, et sa surface, autrefois enflammée d'une manière permanente, est aujourd'hui tout à fait saine (fig. 4).

L'observation de Rosa B*** montre les ressources puissantes que présente la méthode par pivotement pour la reconstitution des paupières. Mais, lorsque la lésion occupe la commissure externe et que la cicatrice a entraîné l'angle palpébral soit en haut, soit en bas, la réparation ne peut avoir lieu qu'en taillant deux lambeaux auxquels on fait exécuter un double pivotement. Le fait suivant va nous en fournir un exemple.

Obs. II. *Ectropion cicatriciel occupant la commissure externe. — Blépharoplastie par double pivotement des lambeaux. — Occlusion temporaire. — Guérison.* — Jean-François G***, âgé de vingt-trois ans, coutelier, a été blessé à la face par un éclat de meule. La plaie, très-profonde et compliquée d'un décollement considérable des parties molles de la face, s'étendait de l'angle externe de l'œil droit à la commissure des lèvres du même côté. Il n'y avait pas à songer à une réunion immédiate ; il s'établit une suppuration longue, à la suite de laquelle se forma une cicatrice irrégulière, rameuse, étendue, du côté externe, de l'orbite à la bouche. La rétraction de la cicatrice eut pour effet d'attirer, l'un vers l'autre, l'angle externe de l'œil et l'angle droit de la bouche. Il en résultait un ectropion étendu et une distorsion de la bouche. L'angle externe de l'œil était abaissé de plus de 2 centimètres au-dessous de l'interne. Le bord inférieur de la paupière commençait à s'infléchir un peu en dehors du point lacrymal, et formait avec sa direction primitive un angle de 20 degrés. L'œil ne pouvait pas être recouvert pendant le sommeil. Le déplacement ne portait donc qu'à la partie externe, le sourcil lui-même y participait un peu; mais c'était la paupière supérieure qui en faisait tous les frais ; elle était tendue du sourcil à l'angle externe, tandis qu'à la partie interne elle avait encore ses plis nor-

maux. Il suffisait de rétablir l'angle externe dans sa position normale pour faire disparaître la difformité, car la paupière inférieure n'avait rien perdu de sa substance et ne se trouvait renversée que par la traction que la bride de la joue exerçait sur elle (fig. 5).

L'opération eut lieu le 21 juillet 1856. M. Denonvilliers fit une incision partant de 2 centimètres en dehors de l'angle externe de l'œil et arrivant au-dessous du bord de la paupière inférieure, un peu en dehors du point lacrymal. Il divisa toutes les adhérences de l'angle externe et put le rétablir à sa position normale ; mais il n'aurait pas tardé à être entraîné de nouveau si l'opération eût été finie là. M. Denonvilliers tailla un lambeau de forme triangulaire sur la paupière supérieure, en lui donnant toute l'épaisseur de la paupière. L'incision qui limitait le lambeau en bas fut prolongée, jusqu'à la rencontre de l'incision faite au-dessous de la paupière inférieure, elle forma avec celle-ci un angle qui limitait ainsi un

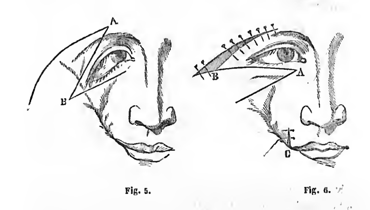



Fig. 5. Fig. 6.

véritable lambeau comprenant dans sa base l'angle externe de l'œil et les bords palpébraux. Les deux lambeaux furent disséqués ; on obtint ainsi une perte de substance à la paupière supérieure, M. Denonvilliers s'en servit pour y fixer le lambeau de l'angle externe ; en l'attirant ainsi en haut, il découvrit davantage la plaie de la région malaire que ce lambeau avait occupée d'abord ; pour fermer cette plaie il amena sur elle le lambeau emprunté à la paupière supérieure. Il avait donc fait un échange par le croisement des lambeaux, plaçant en haut l'inférieur B, en bas le supérieur A, et le résultat avait été l'ascension de l'angle externe, et la réparation de la perte de substance de la région malaire.

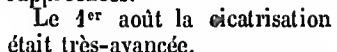
Cette opération fut complétée par l'avivement et l'occlusion des paupières. La suture entortillée fut employée ; il resta au-dessous du sourcil, au-dessus de l'angle externe, une petite plaie qu'on laissa suppurer pour y donner lieu à la formation d'une bride.

Le 22, on ôta deux épingles.

Le 23, on enleva toutes les autres.

Le 24, il y avait de la tuméfaction et de la douleur, de la rougeur sur la face, au voisinage des parties opérées. On appliqua 15 sangsues à l'angle de la mâchoire.

Le 25, les accidents avaient cessé ; les fils des sutures sont enlevés ; l'angle du lambeau inférieur, devenu supérieur par suite du croisement des lambeaux, fut frappé de gangrène dans l'étendue de 4 à 5 millimètres. Après sa chute il y eut une plaie qui augmenta encore la grandeur de celle qu'on avait laissée suppurer au-dessous du sourcil. On appliqua sur les parties des bandelettes de diachylon pour les maintenir rapprochées.



Le 1er août la cicatrisation était très-avancée.

La déviation de la bouche fut traitée d'une manière analogue par échange de lambeaux (fig. 6).

Quand le malade quitta l'hôpital, la bouche et l'œil étaient revenus à leur position normale ; l'œil se fermait bien, mais la paupière inférieure s'écartait un peu du globe oculaire, en dehors, sans toutefois être renversée ; elle était un peu abaissée aussi au-dessous du niveau des deux angles. Le lambeau avait cédé à la cicatrice de la joue ; il s'était déformé, et sa pointe était devenue arrondie (fig. 7).

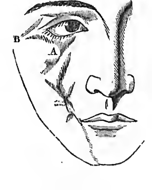



Fig. 7.

Nous avons rapporté ces deux faits dans tous leurs détails, parce qu'ils renferment l'une des applications les plus complètes des principes de la nouvelle méthode. Nous avons suffisamment insisté, pensons-nous, sur ces principes eux-mêmes, au début de cette étude ; mais peut-être ne sera-t-il pas superflu, pour la compléter, de revenir sur quelques détails opératoires, qui, quoique accessoires et secondaires, en apparence, n'en sont pas moins, en réalité, d'une excessive importance, et indispensables pour amener la réussite de l'œuvre autoplastique.

Ces préceptes, que nous ne ferons d'ailleurs que résumer ici, car ils ont été très-soigneusement décrits par M. le docteur Cazelles dans sa thèse inaugurale, ces préceptes peuvent être divisés en : 1° ceux qui se rattachent au premier temps de l'opération, lequel comprend l'avivement des paupières, la division des cicatrices et la dissection préalable des adhérences ; 2° ceux qui se rapportent au deuxième temps, c'est-à-dire à la restauration proprement dite ; 3° enfin aux soins consécutifs.

I. La dissection des adhérences doit être faite lentement, par petits coups, et ne pas porter seulement sur la partie moyenne, mais s'étendre aussi vers les angles de la plaie ; de plus, M. Denonvilliers donne le conseil de prolonger le décollement un peu au delà du bord fixe de celle-ci ; toutes précautions qui ont pour but d'assurer autant que possible sa mobilité.

Pour l'avivement des paupières, le savant chirurgien se sert d'un bistouri droit, à lame étroite, traverse, après l'avoir renversé à l'aide d'une pince, le bord palpébral de dehors en dedans, entre les cils et l'arête postérieure, et coupe, en sciant, dans toute l'étendue de ce bord, une petite lame de tissu sur l'arête interne. L'avivement qui comprend l'angle externe doit, du côté interne, s'arrêter un peu en dehors des points lacrymaux, afin d'éviter que ceux-ci soient compris dans la suture.

II. La forme à donner au lambeau réparateur est évidemment commandée par celle de la plaie nécessitée par la difformité ; aussi n'est-il pas possible de poser, à l'avance, des règles à ce sujet. Mais un but essentiel doit être, en tout cas, poursuivi dans le choix du lambeau, c'est de réaliser le plus de conditions possibles de sa vitalité. La première de ces conditions est l'emprunt du lambeau aux parties les plus saines et le plus au voisinage de la plaie à combler. Nous avons vu comment, en évitant la torsion du pédicule, M. Denonvilliers réalisait une autre de ces conditions. Enfin la dissection du lambeau exige quelques précautions, qui ne doivent pas être négligées : c'est d'abord de le dessiner préalablement à l'encre, afin de ne pas s'exposer à le modifier ensuite involontairement; puis de prolonger suffisamment les incisions pour lui conserver toute la mobilité nécessaire; de donner à sa *base* plus de *largeur* et d'*épaisseur* qu'à ses autres portions, attendu que c'est là le lieu de son alimentation, et partant la condition essentielle de sa vie. Enfin la ligature des artères divisées sur les bords du lambeau est aussi chose importante pour conjurer les mauvaises chances d'une réunion immédiate.

M. Denonvilliers préfère et emploie exclusivement la suture à points séparés, pratiquée au moyen d'aiguilles très-minces armées d'un fil très-fin. Il a soin, quand il fait la suture du lambeau, — et c'est là une précaution qui, quoique minutieuse en apparence, acquiert après l'opération une véritable importance ;—il a soin de porter, à chaque point de suture, l'aiguille *plus en dedans* sur les lèvres de la plaie que sur le lambeau lui-même; il donne à cette distance environ 1 millimètre, et gagne ainsi, pour la longueur du lambeau, 1 millimètre par chaque point de suture.

III. Le pansement, après l'opération, consiste tout simplement en une application de compresses trempées dans l'eau fraîche, fréquemment renouvelées, et que l'on continue pendant tout le temps que l'inflammation traumatique est à craindre.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Sur une nouvelle espèce de cubèbe.

Depuis peu les cubèbes de l'Inde hollandaise sont entrés dans le commerce : on leur attribue des propriétés d'une espèce voisine et on les offre à bien plus bas prix que les cubèbes ordinaires. Mais comme ils en diffèrent essentiellement par l'aspect, on peut les considérer comme faux et impropres à l'emploi médical ; M. Pas, ainsi que M. Groenewegen, leur ont accordé une attention particulière, et les ont décrits de la manière suivante :

Le volume de ce cubèbe surpasse de beaucoup celui du poivre noir et il s'accorde assez avec celui du piment. La couleur est d'un gris cendré, tirant sur le brun noir, et les rides de la surface sont moins profondes et plus régulières que chez les cubèbes véritables. Les pétioles sont un peu aplaties. L'odeur est moins agréable et quelque peu moite; le goût est moins brûlant, mais piquant, et peut être comparé au macis.

(D'après Groenewegen, le goût serait d'abord d'une douceur agréable, mais rappelant ensuite l'anis étoilé.)

En décomposant ces cubèbes, on en découvre qui sont entièrement remplis à l'intérieur d'une couleur blanche passant au vert noir vers l'extérieur, et entourés d'une coque brune noire ; chez d'autres, la graine est d'un blanc gris et détachée dans le fruit ; chez d'autres encore, la partie intérieure est tellement creuse, qu'elle ne renferme qu'une semence desséchée et très-ratatinée.

Il résulte d'un examen comparatif et microscopique (de Groenewegen) des cubèbes ordinaires et des nouveaux, que les premiers ont par-ci par-là, à la surface, des fragments décomposés de la couche épidermique. Sous cette couche se trouve une série de cellules mouchetées à parois épaisses ; on découvre ensuite vers l'intérieur deux couches de cellules très-compactes et sèches; les plus extrêmes de celles-ci sont en partie vides et en partie remplies d'une masse claire résineuse. Les cellules du milieu possèdent encore un tissu alvéolide. La couche la plus intérieure, l'endocarpium, est la plus caractéristique pour ces cubèbes ; elle se compose, notamment

dans la direction du rayon du fruit, d'une série de cellules étirées très épaisses et mouchetées. Ces cellules sont déjà visibles au moyen d'un faible microscope, et cet endocarpium, lorsqu'on le coupe, paraît dur et fragile, et peut être comparé à la coque des fruits à noyau. Cette couche est ordinairement la couverture de la cavité qui s'est formée dans le fruit par la dessiccation de la graine, et souvent on y remarque encore des fragments adhérents d'une membrane brune, qui sont des parties de la couche des cellules extrêmes de l'épispermium.

Aussi longtemps que la semence n'est pas desséchée, elle possède intérieurement une couleur d'un brun blanchâtre albuminoïde, renfermant de la fécule et entourée d'un épispermium composé de deux couches de cellules.

Les nouveaux cubèbes s'accordent sous quelques rapports avec les premiers ; ils sont cependant plus complétement pourvus d'un cuticule. Le tissu du mésocarpium se compose de cellules plus grandes, et seulement la couche des cellules extérieures présente un tissu plus fin, tandis que les cellules épaissies, caractéristiques pour l'endocarpium des cubèbes ordinaires, manquent ici complétement, Par contre, la semence diffère peu ; cependant les grains de fécule sont un peu plus grands ici, et leur différence en moyenne = 1/400 de millimètre. Mais ces proportions ne s'appliquent qu'aux fruits entièrement remplis, qui composent du reste la plus grande partie de ces nouveaux cubèbes. En outre, la structure des fruits dans lesquels la semence est détachée s'accorde entièrement avec celle des cubèbes ordinaires.

Jetés dans l'eau, les nouveaux cubèbes l'absorbent beaucoup plus rapidement et descendent par conséquent beaucoup plus rapidement au fond que les cubèbes ordinaires. Puis l'eau se teint d'un brun foncé, tandis que les cubèbes ordinaires ne lui communiquent qu'une couleur d'un jaune clair, même après quelques jours de contact, à ce point que la différence de couleur de ce soluté aqueux nous paraît un moyen simple pour distinguer les véritables cubèbes de leur congénère. De plus, celui-ci communique à l'eau froide un goût beaucoup plus piquant que les cubèbes ordinaires, même quand on laisserait séjourner ceux-ci dans l'eau jusqu'à ce qu'ils s'amollissent, et qu'on puisse écraser sous les doigts, non-seulement le sarcocarpe, mais aussi la semence du fruit; tandis que, dans ces conditions, le congénère ne permettrait que l'extraction de la semence, puisqu'elle offre une résistance plus grande, la coque étant plus développée.

Les cubèbes véritables sont difficiles à pulvériser; le congénère, au contraire, se laisse très-facilement réduire en poudre. La poudre des cubèbes véritables est d'un brun foncé et a une odeur aromatique agréable, tandis que la poudre du congénère a une couleur d'un roux grisâtre et une odeur de térébenthine. L'huile volatile distillée des cubèbes véritables a une odeur aromatique particulière et plutôt douce que piquante; l'huile du congénère possède une odeur aiguë et ressemblant plus à un mélange de fleurs de muscade, de citron et d'huile de térébenthine. L'huile des cubèbes véritables est d'un vert jaune clair, d'un goût de camphre, et accuse une coloration brun rouge foncé par l'acide sulfurique; l'huile du congénère est incolore, a un goût d'huile de fleurs de muscade, et devient d'un rouge de sang par l'acide sulfurique. L'huile des cubèbes véritables est un liquide plus épais que celui du congénère, mais toutes deux sont plus légères que l'eau.

De 100 parties de cubèbes véritables on obtient par le traitement de l'éther, et par l'évaporation, 21 parties d'extrait verdâtre et d'une odeur balsamique, aromatique et piquante, et d'une saveur amère; tandis que 100 parties du congénère ne donnent que 10 parties d'un extrait balsamique d'un jaune brunâtre, comme le fruit même, mais d'un goût plus amer.

Enfin, en conservant les cubèbes véritables, il se forme insensiblement, à cause de l'huile volatile qui se dégage, une masse résineuse et collante sur les fruits mêmes et sur les parois du vase qui les renferme, ce qui n'a pas lieu avec l'autre espèce.

Quant à l'origine de ces nouveaux cubèbes, M. Pas les considère comme des fruits mûrs du cubèbe officinal (on sait que les cubèbes véritables sont les fruits qui ne sont pas mûrs de la plante que nous venons de citer); M. Groenewegen présume, au contraire, que c'est le fruit du *piper anisatum*. J. D. S.

---

**Nouveau mode de préparation du sous-nitrate de bismuth.**

On dissout le bismuth dans l'acide azotique par le procédé ordinaire, on en sépare les matières impures et l'on chauffe au bain-marie, on ajoute ensuite 80 grammes d'alcool pour 120 de bismuth: immédiatement une vive effervescence s'établit et des vapeurs éthérées et nitreuses se dégagent; on agite ensuite fortement la masse avec une baguette de verre jusqu'à ce que la matière soit à peu près desséchée, ce qui se fait en quelques minutes; on ajoute alors de nouveau 80 grammes d'alcool, et la même effervescence se

montre, mais moins vive que la première fois; à ce moment, la réaction ayant entièrement cessé, on chauffe doucement jusqu'à ce que la masse ait acquis l'aspect d'une poudre plus ou moins fine; on triture alors le produit dans un mortier de porcelaine, on le jette sur un filtre et on lave au moyen d'un à deux litres d'eau distillée; celle-ci ne redissout plus qu'une quantité presque inappréciable de bismuth à cause de la quantité d'acide qui y est encore adhérente, et par conséquent le traitement à l'eau distillée pourrait même paraître superflu.

Ce procédé, dit M. de Smedt, m'a donné, pour 120 grammes de bismuth, 181 grammes de magistère blanc et pur.

---

**Nouveau mélange hémostatique.**

M. le docteur Janssens vient d'appeler l'attention de ses collègues de la Société des sciences médicales de Bruxelles sur un nouvel hémostatique proposé par le professeur Piazza (de Bologne). Des expériences répétées ayant démontré à ce chimiste que les chlorures alcalins rendaient les caillots formés de perchlorure de fer beaucoup plus compacts, plus homogènes, plus fibrineux en un mot, M. Piazza a eu l'idée de faire un mélange de parties égales en volume de perchlorure de fer à 10, 12 ou 15 degrés et d'une solution concentrée de chlorure de sodium purifié.

Les essais cliniques entrepris à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles par le professeur Rossignol, et d'autres tentés par M. Janssens, nous engagent à signaler ce nouveau mélange à nos lecteurs.

La formule la plus simple pour le préparer est celle donnée par M. Adrian :

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium pur................. | 15 grammes. |
| Solution de perchlorure de fer chimiquement neutre à 30.................... | 25 grammes. |
| Eau distillée.......................... | 60 grammes. |
| | 100 grammes. |

Faites dissoudre le chlorure de sodium dans l'eau distillée, filtrez et ajoutez la solution de perchlorure de fer. La densité de ce liquide à 15 degrés est de 1,161, il pèse 20 à l'aréomètre de Baumé.

La solution du perchlorure de fer étant moins concentrée, le chirurgien, avec ce nouveau liquide hémostatique, ne sera plus exposé à susciter une irritation locale violente, lorsqu'il voudra arrêter une hémorrhagie.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Note sur la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre en remplacement de la suture entortillée.**

Il n'entre pas dans mon intention de passer en revue les divers moyens, les diverses formes d'épingles, aiguilles ou agrafes, etc., préconisées, dans le but d'obtenir une coaptation parfaite dans l'opération du bec-de-lièvre.

Je veux seulement appeler l'attention des praticiens sur un moyen déjà employé par d'éminents chirurgiens, Astley Cooper, Dorsey, Mirault (d'Angers), mais qui n'a pas été adopté dans la pratique journalière ; je veux parler de la suture entrecoupée ou suture simple, comme moyen général de réunion des lèvres divisées, en remplacement des épingles, ou de la suture entortillée.

Les chirurgiens qui ont eu occasion de pratiquer un grand nombre de fois l'opération du bec-de-lièvre, aux diverses époques de la vie, ont dû s'apercevoir des inconvénients que laisse après elle la suture entortillée. La nécessité où l'on se trouve d'enlever de bonne heure les épingles, afin que les parties molles ne soient pas coupées, a porté les praticiens à assurer les résultats de l'opération par divers moyens de réunion, moyens qui, si ingénieux qu'ils soient, sont loin de remplir le but qu'on désire atteindre.

Pour éviter les inconvénients de la suture entortillée, pour m'affranchir de la nécessité d'enlever de bonne heure les moyens de contention, et pour assurer les résultats d'une opération délicate, quelquefois laborieuse et difficile, comme cela se présente dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, j'ai eu recours depuis longtemps à l'emploi de la suture simple au moyen de fils d'argent. Le résultat que j'ai obtenu a dépassé mon attente ; aussi j'ai complétement abandonné la suture entortillée, et je n'emploie dans l'opération du bec-de-lièvre, quel que soit l'âge de l'enfant, et quelle que soit la complication de cette malformation, que la suture simple au moyen de fils d'argent.

Ce n'est pas par un caprice de la mode, ou dans le but de faire autrement que le conseillent les auteurs classiques, que j'ai été conduit à cette pratique, mais bien pour éviter les désavantages que j'ai reconnus à la suture entortillée. J'ai employé un très-grand nombre de fois le procédé que je préconise maintenant ; j'ai employé ce procédé chez des enfants, quelques heures après la naissance, chez d'autres ayant trois quatre et six ans, dans des cas de becs-de-lièvre simples et compliqués.

Les avantages que je reconnais à cette suture sont les suivants : elle permet une coaptation plus régulière et plus exacte des lèvres de la plaie ; 2° elle est d'une exécution plus commode ; 3° elle n'étreint pas les tissus comme la suture entortillée ; 4° enfin, et ce point me paraît de la plus grande importance, elle permet de laisser les fils en place dix, douze et quinze jours. Dans quelques cas, je n'ai enlevé les anses métalliques que quand la cicatrisation était complète.

Pour pratiquer cette opération, je me sers de petites aiguilles fines, dites *aiguilles d'ophthalmologie ;* je traverse toute l'épaisseur de la lèvre, de la peau à la muqueuse, et je fais revenir l'aiguille en traversant la lèvre opposée de la muqueuse à la peau ; la suture laisse libre une anse complète du côté des gencives et deux chefs libres du côté de la peau. Ces deux chefs permettent de rapprocher les lèvres de la plaie, et, en les tordant, ils constituent un cercle complet.

Ce procédé offre l'avantage de pouvoir placer autant de points de suture qu'on juge convenable et de réunir les parties très-exactement. Avant l'usage des sutures métalliques, la suture entrecoupée, laissée en place un temps très-long, donnait prise à de fortes objections ; ces objections disparaissent, et les chirurgiens qui essayeront un certain nombre de fois ce procédé, renonceront, j'en suis sûr, à la suture entortillée dans l'opération du bec-de-lièvre. D'ailleurs, certains cas de bec-de-lièvre compliqué ne peuvent être opérés avec quelques chances de succès qu'en employant la suture entrecoupée au moyen de fils d'argent.

J. Giraldès,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants malades.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,* par M. A. Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine.

Il y a dans la manière de M. Trousseau quelque chose qui n'est pas en complète harmonie avec la logique de la science contemporaine, et qui rappelle, bien que de loin, l'esprit de Jordano Bruno, de Raymond Lulle, et de Roger Bacon. Ces esprits superficiels, auxquels la dévotion à la méthode tient lieu de génie, et qui prennent pour de la profondeur ce qui n'est souvent qu'une impuissance dissimulée sous l'euphémisme de l'expression, en sont peu édifiés,

et bien qu'ils ne puissent refuser à l'éminent professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris un sens pratique remarquable, ils ne laissent pas de le tenir quelque peu pour suspect, en tant qu'ouvrier de la science qui ne meurt pas, parce qu'elle est la traduction vraie de la nature, qui n'entend rien et ne se prête en rien aux fantaisies de notre imagination. La fantaisie ! voilà le grand mot lâché, voilà le reproche que tous, ou presque tous nous avons plus ou moins souvent prononcé, en hochant la tête, quand nous avons passé devant la plupart des conceptions scientifiques de l'illustre auteur de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Qu'en est-il cependant, et de ce que M. Trousseau pose en principe, au rebours du fameux aphorisme de J.-J. Rousseau, que plus l'esprit de l'homme met du sien dans les choses, et plus il approche de la vérité, s'ensuit-il réellement que dans ses études cliniques il fasse autrement que tout le monde, et impose silence au bon sens, qui ne perd jamais de vue la terre, pour se lancer dans le champ sans limites de l'imagination ? A lire attentivement l'introduction brillante que l'auteur a placée en tête de son livre, on pourrait certainement le craindre ; mais les entraînements de plume les plus passionnés dans ce sens sont presque toujours corrigés immédiatement par une appréciation plus calme des conditions intellectuelles qui conduisent avec le moins d'insécurité notre esprit débile à la conquête de la vérité ; et ce qu'on peut ainsi déjà pressentir à cet égard dès le seuil de l'ouvrage du savant et laborieux clinicien, il n'est pas une des nombreuses et fécondes leçons dont celui-ci se compose, qui ne le mette en pleine lumière.

Ce que nous venons de dire là, ce n'est point pour amoindrir la valeur du livre dont nous parlons en ce moment ; c'est au contraire pour dissiper tout d'abord les préjugés qu'a pu faire naître dans beaucoup d'esprits le souvenir d'ardeurs d'imagination que l'âge tempère tous les jours, et qui pourraient nuire à la diffusion d'un enseignement que nous voudrions voir répandu partout. M. Trousseau pense en présence des faits, et peut, dans quelques cas, conclure trop vite ; mais qui oserait, en principe, condamner cette méthode ? Nous disions, en commençant cette notice, qu'il y a parfois dans les allures de l'ardent professeur de clinique médicale quelque chose qui de loin rappelle la manière hardie de quelques esprits supérieurs d'un passé déjà si éloigné de nous ; mais, si enclin qu'on soit par nature à théoriser les choses avant de les avoir suffisamment étudiées, on n'est point impunément de notre temps, et tout le monde sait que le miracle n'a point de place dans l'écono-

mie de ce monde. M. Trousseau, comme tous les esprits qui ont la conscience de leur force, aspire donc à saisir derrière les phénomènes les lois qui les commandent et les gouvernent ; mais s'il tient à mettre beaucoup de son esprit dans cette recherche, il ne fait pas celle-ci dans le rêve, il la poursuit dans les faits. Au reste, quelque jugement qu'on porte sur la méthode du savant professeur de clinique dans la culture de la science, dont il est un des plus brillants représentants à l'heure qu'il est, qu'on lise son livre, qu'on suive dans ses lumineuses analyses cet esprit curieux ; qu'après l'avoir ainsi suivi dans cet ordre d'études, on le voie ensuite à l'œuvre dans les applications de l'art, et qu'on l'interroge sur les raisons qui commandent ces applications, et toujours on trouvera que l'auteur ne perd jamais de vue les faits ; que si on remarque qu'impatient de l'ornière, il s'efforce à chaque pas d'agrandir le domaine de l'art, on reconnaîtra bien vite qu'en cette matière l'expérience lui sert constamment de guide, et qu'il ne pose aucune pratique médicale en principe, sans que les faits, et les faits en nombre, l'y aient suffisamment autorisé.

M. Trousseau croit à la science, à l'art surtout, et il a raison, pourvu que ce soit dans une mesure qui laisse à la nature ou aux forces immanentes dans l'organisme la puissance de réaction conservatrice, avec laquelle la thérapeutique doit toujours compter, si elle ne veut courir les chances de dépasser le but. Cette remarque, nous sommes heureux de la consigner ici en parlant d'un homme que nous avons toujours craint de voir, dans ses ardentes inspirations vers la perfection de l'art, franchir sur quelques points les limites de cette prudence. En face d'un certain nombre des nombreuses affections nettement définies dont il parle dans son intéressant ouvrage, l'illustre professeur ne craint pas d'avouer l'impuissance absolue de l'art, en tant qu'instrument de guérison radicale. Cet aveu, nous le répétons avec bonheur, montre que l'esprit du sagace médecin de l'Hôtel-Dieu marche dans la grande voie de la vérité, où les phosphènes de l'imagination ne sont pas prises pour la lumière vraie.

Si, malgré le peu d'espace dont nous disposons ici, nous n'avons pas craint d'apprécier ainsi de haut l'enseignement consigné dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, c'est que la personnalité, l'originalité de M. le professeur Trousseau tiennent une si large place dans la médecine contemporaine, que la philosophie qui le dirige et dans son enseignement et dans la pratique devait être au moins indiquée d'un trait rapide. Il ne nous reste plus maintenant qu'à indiquer les sujets intéressants qu'a tour à

tour traités, avec des développements inégaux, le savant professeur de clinique médicale dans son livre : c'est ce que nous allons faire sommairement.

Les premières leçons sont consacrées aux fièvres éruptives, dans lesquelles sont comprises la scarlatine, la rougeole, la variole, la varicelle et la roséole. Ces sujets si divers, et dans lesquels cependant un esprit sagace sait saisir plus d'une affinité qui jette une vive lumière sur le fond même de la maladie, M. Trousseau les a traités avec une ampleur de détails qui en font presque autant de monographies complètes. Dès ces premières leçons, la manière didactique de M. Trousseau se caractérise : comme, en somme, ce ne sont point là des leçons de pathologie interne, il use de ce privilége négatif pour mêler à un enseignement qui a pourtant pour but d'apprendre à distinguer les unes des autres ces diverses formes morbides, une foule de remarques originales dont la place est surtout marquée dans un enseignement clinique. La dothinenterie, le typhus viennent ensuite, qui fournissent également au savant professeur l'occasion de développements et de réflexions non moins dignes de fixer l'attention. Nous signalerons surtout, quant à la première de ces maladies, deux remarques fondées sur l'expérience consommée de l'auteur, et que nous voudrions fixer dans l'esprit des lecteurs de ce journal, tant elles ont d'importance à nos yeux. La première de ces remarques est relative à l'alimentation dans la fièvre typhoïde : sans tomber dans l'excès auquel plusieurs n'ont point échappé, même parmi nous, M. Trousseau recommande hardiment de nourrir de bonne heure les malades : à cette condition seule, ils peuvent affronter tous les périls dont est menacé l'organisme vivant dans les diverses phases d'une affection toujours longue. Cette vérité, dont les premières lueurs se trouvent dans le livre du père de la médecine grecque, obscurcie, effacée même pendant le règne de la doctrine physiologique, commence à se faire jour dans la plupart des esprits : mais il est bon de la rappeler souvent, pour ne la point voir se perdre de nouveau dans des conceptions théoriques auxquelles elle s'allierait mal, ou qu'elle ruinerait immédiatement. La seconde remarque, c'est que l'hémorrhagie intestinale qui survient dans le cours de la dothinenterie est loin d'avoir toujours la signification pronostique funeste qu'une observation insuffisante y avait tout d'abord attachée. Cette appréciation est en parfaite concordance avec ce que nous avons observé nous-même à cet égard, et si humble que soit notre témoignage, nous n'hésitons point à le placer à côté de celui de l'éminent professeur

de la Faculté. Dans une série de leçons, nous en remarquons encore quelques-unes qui, pour être de la clinique générale, si nous pouvons ainsi dire, n'en méritent pas moins d'être attentivement méditées; ce sont les leçons relatives à la contagion et à la spécificité dans les maladies. Le très-distingué collaborateur de M. Trousseau dans un ouvrage connu de tous, M. le docteur Pidoux, nie d'une manière absolue, pour son compte, la spécificité thérapeutique. S'il nous était permis de donner un conseil à cet esprit sagace, nous l'engagerions à lire et à méditer la leçon relative à la spécificité. C'est là un fait qui domine toute la science, et sans lequel, nous le craignons, on court grand risque de ne rien édifier de solide dans les applications de l'art. Mais continuons : après avoir largement traité des exanthèmes proprement dits, le savant professeur arrive à une question toujours actuelle, malgré les lumières qu'y ont versées plusieurs esprits distingués, entre lesquels nous remarquons M. Gubler, c'est celle de la diphthérite et du croup. Bien que les notions essentielles qui sont relatives à ces questions se trouvent aujourd'hui consignées partout, on ne lira certainement pas sans un grand profit les leçons savantes, quelquefois originales, qu'y a consacrées M. le professeur Trousseau. La phthisie pulmonaire, la pleurésie, la paracenthèse de la poitrine, pour ne signaler que les points principaux traités à la fin du premier volume de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, forment autant de sujets sur lesquels M. Trousseau a répandu tous les trésors d'une expérience fructueuse et laborieusement amassée. Pour nous borner à une seule de ces questions, nous ferons seulement observer que si l'auteur, en homme qui ne vieillit pas sans s'en consoler par une science plus sûre, se montre un peu moins partisan de la thoracenthèse, dans les cas qui peuvent l'appeler, qu'il ne l'a fait tout d'abord, peut-être en pose-t-il la nécessité plus souvent encore que ne le commanderait la prudence. Quoi qu'il en soit à cet égard, qu'on lise cette leçon, qui n'est pas certainement la moins remarquable de toutes celles que contient l'ouvrage, et nous osons assurer qu'on y recueillera plus d'un enseignement utile.

Le deuxième volume de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, auquel nous arrivons maintenant pour ne faire rien de plus que l'effleurer, touche à toutes, ou à presque toutes les questions qui, surtout dans ces dernières années, ont été l'objet des discussions les plus fécondes et des recherches les plus laborieuses : c'est ainsi que l'auteur étudie successivement, pour ne parler que des maladies auxquelles la remarque que nous venons de faire s'applique

plus spécialement, l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, l'ataxie locomotrice, l'alcoolisme, l'atrophie musculaire progressive, l'hémiplégie alterne, le vertige nerveux, l'ulcère simple de l'estomac, le goître exophthalmique, la syphilis des nouveau-nés, la maladie d'Addison, la leucocythémie. Non-seulement sur toutes ces questions difficiles notre laborieux professeur applique une critique toujours judicieuse à distinguer la vérité de l'erreur; mais attaquant lui-même et de front presque toutes ces questions, il y apporte les lumières de ses recherches personnelles, et y risque ses propres interprétations. Assurément, si c'était ici le lieu de le faire, il nous serait facile de montrer que sur plus d'un de ces points, la science est encore tout entière à faire, malgré les recherches les plus attentives, malgré les enseignements inattendus qu'on a puisés dans les expérimentations physiologiques pour les éclairer; mais, dans l'état des choses, nous pouvons affirmer que les leçons que M. Trousseau a consacrées à ces questions difficiles montrent celles-ci sous le jour le moins douteux. Si nous nous souvenons bien, M. Trousseau et son éditeur nous ont donné ces deux volumes, comme épuisant la série de leçons et de recherches cliniques qu'ils ont désiré livrer à la publicité; nous espérons bien qu'il n'en sera point ainsi, et que d'autres volumes viendront encore s'ajouter à ceux dont nous venons de parler pour rendre dans toute leur étendue et dans toute leur fécondité les leçons cliniques de l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris.

Dans cet espoir, et pour montrer que dans un éloge si explicite d'un livre que nous trouvons excellent, que l'auteur et son intelligent sténographe nous permettent, en finissant, une remarque critique : presque toutes les leçons de *la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* commencent d'une manière uniforme. Il en résulte une monotonie qu'on est étonné de trouver dans une parole et une plume si alertes et si exercées. C'est là une peccadille sans doute; mais pourquoi cette ombre légère, au milieu de tant de lumière, quand, d'un trait de plume, on pourrait la faire disparaître? Vis-à-vis d'un homme tel que M. Trousseau, la critique a bien le droit de se montrer quelque peu exigeante.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

De la teinture d'iode morphinée dans le traitement des névralgies. — Nous avons tout récemment (p. 39) porté à

la connaissance de nos lecteurs une méthode nouvelle proposée et mise en pratique par M. le docteur Legros, d'Aubusson, dans le traitement des douleurs névralgiques, rhumatismales, etc. Cette méthode consiste dans l'emploi du glycérolé de morphine, soit seul, soit et plutôt associé directement à un vésicatoire volant ordinaire ou ammoniacal. L'on obtient ainsi un effet simultané de vésications et d'absorption, et il n'est pas habituellement besoin d'attendre que celle-là soit *complète*, pour que celle-ci se produise d'une façon suffisante. S'il en était toujours ainsi, on éviterait, sans aucun doute, la plupart des inconvénients et des dangers même qui s'attachent à la méthode endermique proprement dite. Mais, ainsi que nous le faisions remarquer, M. le docteur Legros retombe, malgré lui, dans cette dernière, puisqu'il compte aussi, dans certains cas, sur les effets révulsifs de la vésication complète. En substituant au vésicatoire *la teinture d'iode* associée à la morphine, M. le docteur Bouchut paraît toucher de plus près au but que se proposait M. le docteur Legros, savoir : arriver à produire une absorption suffisante de l'agent narcotique sans une dénudation complète et préalable de la surface cutanée. Or, on peut régler, en quelque sorte, les applications de la teinture d'iode, de façon à n'amener qu'une irritation et une desquamation légères de la peau, et néanmoins suffisantes tant pour l'effet révulsif à obtenir que pour l'absorption à réaliser. Parmi les faits témoignant de l'efficacité de la méthode, en voici deux nouveaux observés à l'hôpital des Enfants :

*Obs. I.* Une jeune fille de treize ans, radicalement guérie, il y a un an, d'une épilepsie puérile par des lavements de chloroforme, entre cette année à l'hôpital des Enfants pour un rhumatisme articulaire aigu traité par la vératrine. Peu après sa guérison, sans que la petite malade fût sortie de l'hôpital, survint une douleur sur la branche terminale du nerf sciatique, au bord externe du pied. Un point douloureux existait également au talon, au niveau du tendon d'Achille. Des applications de teinture d'iode morphinée (2 grammes de sulfate de morphine pour 15 grammes de teinture d'iode) furent faites trois fois par jour. Les deux premières ne furent suivies d'aucun effet douloureux ou sédatif ; mais dès la troisième application, une cuisson se fit sentir, l'enfant fut prise d'envie de dormir au bout de cinq minutes et elle tomba dans un véritable état de somnolence. Il y eut une légère contraction de la pupille, mais point de nausées ni de vomissements. Les jours suivants, les applications de teinture d'iode morphinée, continuées, furent également suivies de

somnolence plus ou moins prononcée ; mais les douleurs névralgiques disparurent définitivement.

*Obs. II.* Une autre enfant, conduite d'urgence au numéro 1 de la salle Sainte-Catherine, avait dans le côté droit de la poitrine une douleur telle qu'on pouvait la croire atteinte d'une maladie sérieuse des poumons ou de la plèvre. Elle ne pouvait respirer et poussait des cris violents. La percussion et l'auscultation n'ayant révélé aucune lésion du côté des organes thoraciques, et la douleur se trouvant, d'ailleurs, localisée à la partie moyenne du quatrième espace intercostal, on fut conduit à conclure à l'existence d'une névralgie.

Des applications de teinture d'iode morphinée, selon la formule sus-indiquée, triomphèrent de la douleur dès le deuxième jour. Il ne se produisit dans ce cas aucun phénomène d'intoxication.

Ces faits semblent établir que la teinture d'iode morphinée est un topique de plus à ajouter à la liste de ceux qu'on emploie contre les névralgies. C'est, comme on le voit, le procédé de M. Legros, d'Aubusson ; seul l'un des moyens est changé. Toutefois, nous ne saurions voir la raison de l'efficacité à espérer de cette méthode, dans l'interprétation que M. Bouchut semble tout d'abord disposé à en donner, en disant « que la teinture d'iode est rendue sédative au moyen de la morphine, absolument comme, d'après les idées de Piedagnel, on a rendu peu douloureuses les applications de poudre de Vienne en l'associant à la morphine. »

Que la morphine associée à la teinture d'iode atténue les effets douloureux immédiats de l'application de celle-ci, cela est très-probable ; mais c'est là, relativement au but qu'on doit se proposer d'atteindre, un point très-secondaire. Ce qu'il faut avoir essentiellement en vue, à ce qu'il nous semble, c'est de faire servir les applications de teinture d'iode à l'absorption de l'agent narcotique, en réglant, comme cela est possible, les applications de manière à éviter une vésication complète. Cette réglementation demande, d'ailleurs, de nouvelles études qui permettent d'apprécier les justes limites d'une suffisante absorption, afin d'éviter les effets toxiques, qui, surtout chez les enfants, peuvent facilement se produire, ainsi qu'en témoigne la première observation.

Cette réalité du narcotisme, qui est en même temps une preuve irréfragable de l'absorption du sel de morphine, fait voir en outre que, malgré la décomposition exercée, comme on sait, sur le dernier par la teinture d'iode, il en reste cependant, à la dose de 2 grammes sur 15, un excès suffisant pour produire l'effet désiré.

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

## REVUE DES JOURNAUX.

**Empoisonnement par le sulfate d'atropine; guérison au moyen du laudanum à haute dose.** Les faits enregistrés dans nos colonnes, qui démontrent d'une part l'antagonisme d'action de l'opium et des solanées vireuses, et d'autre part le parti qu'on en peut tirer en thérapeutique pour combattre par l'un de ces agents les empoisonnements que l'autre a causés, sont certes maintenant assez nombreux, et ils sont assez probants, selon nous, pour avoir pu et dû entraîner la conviction. Il y a donc lieu de s'étonner de la répugnance qu'éprouvent beaucoup de praticiens à l'emploi de l'opium comme antidote de la belladone, et réciproquement; et, comme le dit M. Béhier, qui exprime cette dernière remarque, il convient de ne négliger aucun exemple capable de mettre en saillie l'efficacité véritable de ces médicaments l'un contre l'autre. Nous nous empressons donc d'emprunter à notre savant confrère, à qui sont dus les seuls faits peut-être de ce genre qui aient été observés en France, un nouveau cas témoignant hautement de cette efficacité, cas rendu plus intéressant encore par l'âge du malade.

Il s'agit, en effet, d'un vieillard de soixante-quinze ans, d'une constitution assez chétive, et n'ayant d'autre infirmité, du reste, qu'un certain affaiblissement de la vue d'un côté. A cinq heures du soir, il boit une solution d'atropine, 15 milligrammes dans eau, 100 grammes, qui avait été préparée pour être instillée dans l'œil afin de faciliter un examen ophthalmoscopique. Les symptômes de l'empoisonnement par la belladone se manifestent, et, malgré 6 gouttes de laudanum de Rousseau d'abord, puis une infusion de café et des sinapismes, vont s'accroissant jusqu'à huit heures, où le malade est plongé dans un coma profond, avec la face vultueuse et légèrement sudorale, les yeux brillants, la pupille dilatée modérément), la peau chaude, le pouls à 108, plein, dur, vibrant, une immobilité absolue, un marmottement de temps à autre de quelques paroles à voix basse, la sensibilité de la peau affaiblie, une surdité incomplète. A ce moment, ingestion, *par 10 gouttes de dix en dix minutes*, de 50 gouttes de laudanum de Sydenham : bientôt pouls plus souple, légère contraction de la pupille sous l'action de la lumière, ouïe plus sensible, quelques paroles plus ou moins intelligibles, quelques mouvements spontanés, peau plus fraîche, face moins rouge. A neuf heures commence une nouvelle phase dans les symptômes, caractérisée surtout par le retour des mouvements spontanés, qui deviennent de plus en plus violents, le réveil des sens, l'exagération de la sensibilité générale, plus tard par la réapparition de la mémoire, puis des sentiments affectueux; mais tout cela accompagné d'hallucinations, de délire, etc. Deux nouvelles doses de laudanum, de 10 gouttes chacune, furent administrées à dix heures et à cinq heures du matin. Enfin vers neuf heures du matin, le pouls était à 96, la sensibilité était parfaite et la raison à peu près revenue, la pupille presque normale. Les derniers symptômes disparurent dans le reste de la journée, sauf un peu de dysurie.

A la suite de cette observation, que nous avons beaucoup abrégée, et dont les détails suivis pas à pas sont remplis d'intérêt, M. Béhier ne manque pas de faire une remarque que nous avons déjà plus d'une fois signalée : c'est la dose considérable d'opium qui est nécessaire pour neutraliser une dose beaucoup moins forte de belladone ou d'atropine, ou, en d'autres termes, la disproportion très grande qui existe entre l'action de ces agents antagonistes. (*Union méd.*, 1865, nº 85.)

**Des inspirations fortes et prolongées comme adjuvant du taxis.** Opération très facile en soi, le taxis rencontre trop souvent, dans la pratique, des difficultés et des empêchements imprévus, pour qu'on n'accueille pas avec empressement tout moyen capable d'aider à sa réussite. Celui que vient de proposer M. le docteur Ducrest, d'Albertville, est le suivant : après avoir fait coucher le malade dans la position classique, l'engager à faire des inspirations aussi profondes que possible, suivies d'expirations lentes et contenues. Il convient de ne presser sur la tumeur

herniaire que pendant le premier temps de la respiration, et de la maintenir seulement pendant le second. D'après l'auteur, les alternatives régulières de pression et de repos, mais surtout les aspirations répétées *à tergu* sur l'intestin hernié, ont pour effet de le ramener en peu de temps dans sa cavité normale. En apparence, cette théorie est séduisante, et il semble, au premier abord, qu'un effet *d'aspiration* doive résulter d'inspirations prolongées ; mais si l'on invoque les véritables données de la physiologie, on voit que c'est justement tout le contraire qui a lieu : les viscères abdominaux sont pressés et refoulés pendant le premier temps de la respiration, lequel aurait donc plutôt pour résultat de chasser l'intestin hors de la cavité abdominale. Il y a longtemps que, s'appuyant sur ce fait de physiologie normale, le docteur André Buchanan avait proposé, comme moyen de détruire les effets de l'action musculaire pendant la réduction des hernies étranglées, un procédé qui est tout l'opposé de celui de M. Ducrest, et dont le bulletin a rendu compte en 1857 (t. LII, p. 478). Ce procédé consiste à engager le malade, au moment de la compression sur la tumeur herniaire, à faire une *expiration* complète, et à s'abstenir ensuite, aussi longtemps que possible, d'une nouvelle inspiration. On le voit, la différence est radicale, et, en théorie, c'est le procédé de Buchanan qui a raison. Cependant M. Ducrest dit avoir réussi, par sa manière, deux fois en quinze jours, et cela, lorsque la plupart des autres moyens avaient échoué. Dans un de ces cas, par exemple, il s'agissait d'une jeune paysanne qui souffrait depuis deux jours d'une hernie crurale irréductible : la kélotomie allait être pratiquée. Avant de recourir à une opération toujours grave, surtout chez une femme enceinte de trois mois, comme l'était celle-ci, M. Ducrest essaya son nouvel adjuvant du taxis. La réduction fut opérée après un quart d'heure de la double manœuvre indiquée plus haut. Cela prouve combien il se faut garder de fonder, en pratique, la réussite d'un moyen thérapeutique sur la théorie et les raisonnements. (*Abeille médicale*, juillet 1863.)

---

**Bons effets de l'iodure de plomb administré à l'intérieur dans deux cas d'épilepsie.** On a préconisé contre l'épilepsie, trop souvent avec enthousiasme, tant de remèdes différents qui, après avoir paru efficaces dans quelques cas, se sont ensuite montrés parfaitement inutiles et ont été abandonnés, que nous n'enregistrons pas sans une certaine répugnance les essais suivants, bien qu'ils aient été suivis de résultats avantageux. Mais il s'agit d'un agent dont l'emploi n'est pas nouveau dans les affections nerveuses, et nommément dans le mal caduc ; il s'agit d'une application thérapeutique à laquelle on a reproché « que les faits qui s'y rapportent sont si peu nombreux, et la plupart des observations si incomplètes, qu'on ne peut y ajouter foi. » Il ne saurait donc être dépourvu d'intérêt d'apporter quelques éléments nouveaux à la solution de la question.

Il est bon de remarquer que le composé plombique auquel font allusion les lignes qui précèdent, est l'acétate de plomb neutre ou sucre de Saturne ; c'est le seul ou presque le seul qui jusqu'ici ait été employé pour l'usage interne, à l'exception de l'iodure de plomb, qui a été prescrit à faible dose (0,005 milligrammes à la fois) contre divers engorgements scrofuleux surtout. C'est précisément ce dernier composé qu'a administré, et en quantité beaucoup plus considérable, M. le docteur W. Ely, dans les deux cas par lui rapportés, que nous reproduisons ici, en laissant parler l'auteur.

G. B., jumeau, né en 1854, eut une violente convulsion en juillet 1861, une autre en décembre, et une troisième le 2 mai 1862. A partir de cette dernière date, les attaques furent manifestement épileptiques, survenant généralement la nuit, et *chaque* nuit, et atteignant le chiffre moyen de cinq à six par jour, jusqu'au mois de décembre suivant. Il fut traité, en outre du régime, par un grand nombre de remèdes divers, les purgatifs mercuriels et les vermifuges, l'oxyde de zinc, la belladone, la quinine, l'iodure de potassium, un séton à la nuque, etc. Une paralysie d'un des côtés de la face avait fait admettre comme probable l'existence d'une affection cérébrale. Tout espoir d'améliorer sa position était à peu près abandonné, et son état mental était fort compromis, lorsque je commençai à lui donner mes soins, le 27 novembre 1862. Je prescrivis 5 grains d'acétate de plomb, trois fois par jour, dans une émulsion d'huile de ricin. Au bout de peu de

temps le médicament fut suspendu, à cause d'une constipation opiniâtre qu'il avait déterminée. Je donnai alors l'iodure de plomb, 2 grains, trois fois par jour, et je le continuai jusqu'au moment où, sous son influence, il se produisit une entéralgie intense. Avec la manifestation de ce symptôme, dans la dernière partie de décembre (ceci a été écrit en juin dernier), les attaques cessèrent et depuis elles n'ont pas reparu. Les facultés intellectuelles ont récupéré leur état normal, et la santé générale est redevenue bonne.

Un fils de M. W*** commença à avoir des convulsions à l'âge de trois ans environ. Jusqu'à sa cinquième année, les attaques ne furent pas fréquentes et purent toujours être attribuées à quelque cause excitante appréciable. De sept à douze ans, elles devinrent plus communes, mais consistèrent seulement en légers spasmes. Mais dans ces trois dernières années elles sont devenues fortement épileptiques et reviennent tous les trois ou quatre mois, au nombre de dix à trente à chaque période. Indépendamment d'un régime convenable et de moyens palliatifs, le jeune malade a pris l'oxyde de zinc, 30 grains par jour, pendant environ trois mois, sans aucune espèce de bénéfice. Douze flacons de valérianate d'ammoniaque de Pierlot ont été ensuite employés, sans produire autre chose qu'un effet simplement palliatif; puis l'ammoniure de cuivre fut administré pendant trois ou quatre mois, sans plus d'avantage. En mars dernier, j'ai commencé l'emploi de l'iodure de plomb, 5 grains par jour. Environ deux semaines après, il y eut une attaque et deux spasmes légers. Le remède fut continué et porté à la dose de 9 grains par jour, jusqu'à production d'une entéralgie intense, et alors il fut supprimé. Depuis, le jeune malade a passé les périodes ordinaires sans éprouver d'attaques, et il paraît mieux sous tous les rapports. Un des effets du médicament a été de modérer l'appétit, qui était auparavant presque insatiable : en même temps le poids du corps est tombé de 158 livres à 124.

Telles sont les observations du docteur Ely : nous les avons reproduites textuellement, et pour cause. Il nous paraît un peu à craindre qu'elles ne soient aussi regardées comme incomplètes. Quand il s'agit d'une chose aussi importante que d'établir l'efficacité d'un médicament dans une affection telle que l'épilepsie, il serait bon de donner des renseignements complets sur le malade, et un tableau de la maladie qui permette de bien juger de sa nature. Nous ne révoquons pas en doute, nous admettons parfaitement, d'après les termes des expositions ci-dessus, la justesse du diagnostic de notre confrère; mais, en fait de science, la foi ne vaut pas la conviction. (*Amer. med., Times*, juin 1863.)

---

**Nouvelles observations témoignant des effets thérapeutiques de la fève de Calabar.** Le nouveau médicament ne se trouvant pas encore dans le commerce de la droguerie, les essais peuvent être poursuivis seulement par les quelques médecins anglais qui en possèdent, et c'est dans leurs communications qu'il faut aller chercher la confirmation des effets thérapeutiques signalés par M. Giraldès, ainsi que de nouvelles applications de l'agent antimydriatique.

Employé par M. Hart, dans son service ophthalmique à l'hôpital Sainte-Marie de Londres, dans deux cas de mydriase partielle résultant, dans l'un, de la paralysie de la troisième paire, et dans l'autre, d'une asthénie consécutive à une longue fièvre, il y eut un succès complet. Des résultats non moins précis ont été obtenus dans des cas analogues par M. Hulke, à l'hôpital ophthalmique, et communiqués à la Société médico-chirurgicale, dans la séance du 9 juin.

Dans trois cas analogues de paralysie de la troisième paire avec mydriase ancienne, le point visuel distinct s'était rapproché de moitié après une heure d'application de l'extrait de la fève de Calabar, comme une conséquence de la contraction de la pupille.

M. Nunneley l'a également employé contre le prolapsus traumatique de l'iris dans deux cas, avec un succès complet. Une parcelle métallique étant venue frapper l'œil d'un chaudronnier à travers la paupière supérieure, il en résulta une plaie à la jonction de la cornée et de la sclérotique, à travers laquelle le quart de l'iris environ était hernié. Douze jours après cet accident, tout l'œil était enflammé et la vue impossible. La solution du pois de Calabar appliquée sur l'œil, au moyen d'un tube capillaire, fit aussitôt contracter la pupille et diminuer la partie herniée. La réduction continua ainsi pendant vingt-quatre heures, et

par une seconde application elle s'effectua complètement; la cicatrisation fut ensuite rapide

De même chez un garçon de sept ans, qui portait une division du bord inférieur de la cornée, avec procidence de l'iris pendant dix-huit jours. Une première application de la solution ne fut suivie que d'un faible résultat, la plus grande partie du liquide ayant été entraînée avec les larmes; mais une seconde application suffit à faire rentrer l'iris hernié. Aucun autre topique ne fut employé pendant deux jours dans ces cas, afin de rendre l'effet plus sensible. Il ne s'ensuivit ni douleur ni irritation; la vascularisation et la photophobie diminuèrent rapidement. On n'en est plus, comme on voit, aux suppositions, aux prévisions, sur l'efficacité thérapeutique de ce remède nouveau en ophthalmologie; il a déjà reçu des applications pratiques qui ne permettent pas le moindre doute à cet égard. (*The Lancet*, juin et juillet.)

**Nouvelle observation d'un céphalomatome des nouveau-nés guéri par la ponction avec le trocart explorateur.** Nous avons fait connaître tout dernièrement ce procédé à la fois simple et exempt de danger, que vient de préconiser M. le docteur Isnard, ainsi que l'observation rapportée par ce médecin distingué. On lira avec intérêt le résumé d'un nouveau cas semblable, et tout aussi heureux, que M. le docteur Barrallier, professeur à l'École de médecine navale de Toulon, s'est empressé de publier comme confirmatif du précédent.

Appelé, le 15 octobre 1856, auprès d'un enfant du sexe masculin, né le 4 du même mois, et qui n'avait présenté rien d'anormal au moment de sa naissance, M. Barrallier constata sur la région pariétale droite l'existence d'une tumeur qui n'avait été remarquée pour la première fois que la veille. Cette tumeur arrondie, fluctuante, sans pulsation, ayant 6 centimètres de diamètre d'avant en arrière et 5 de haut en bas, recouverte d'une peau saine, et cernée dans toute sa circonférence par un bourrelet osseux plus saillant supérieurement, ne semblait occasionner nul trouble chez l'enfant, dont l'appétit, le sommeil, toutes les fonctions étaient normales. Malgré une compression méthodique, le volume étant devenu plus considérable le lendemain, notre confrère, reconnaissant que le sang était encore liquide et persuadé qu'il n'y avait pas lieu d'en espérer la résorption, se décida à ouvrir la tumeur et à en évacuer le contenu, ce qu'il fit au moyen du trocart explorateur sans autre signe de sensibilité de la part du petit malade qu'un léger mouvement au moment où l'instrument fut introduit. Alors que par des pressions modérées une assez grande quantité de sang noir avait déjà été retiré par la canule, on eut une assez vive inquiétude: l'enfant était devenu pâle, sa tête était inclinée sur son épaule et ses yeux s'étaient fermés; mais des frictions excitantes l'eurent bientôt ranimé, et il prit le sein avec avidité. Au siége de la tumeur, maintenant affaissée, et dont les limites ne se trouvaient plus indiquées que par la présence du bourrelet osseux, une compression fut établie au moyen de disques d'agaric. Deux jours après, quelques gouttelettes de pus apparurent sur le point piqué; cette suppuration ne fut pas de longue durée; la petite plaie se cicatrisa promptement, et à la fin d'octobre l'enfant était entièrement guéri. (*Union méd.*, juillet 1865).

**Traitement médical de la cataracte.** Les essais de traitement médical de la cataracte sont peu nombreux encore dans la science. Aux faits de succès que nous avons déjà enregistrés nous devons en ajouter un nouveau, produit par M. le docteur Emile Martin. Voici les expériences sur lesquelles ce médecin s'est fondé pour instituer un traitement alcalin contre une cataracte commençante:

Si on prépare trois solutions salines, la première *neutre*, la seconde *alcaline*, la troisième *acide*, et qu'on plonge dans chacune d'elles un œil de bœuf à l'état normal, on observe que quelques heures après l'œil placé dans la solution acide est devenu tout à fait opaque, tandis que les deux autres ont conservé leur transparence parfaite. Enfin, si on plonge le cristallin cataracté dans une solution alcaline, au bout de vingt-quatre heures la lentille a repris sa transparence normale. Fort de ce résultat, M. Martin n'a pas hésité, dans un cas d'opacité cristalline récente chez un de ses clients, à lui conseiller l'ensemble des moyens suivants:

1° Le matin, à jeun, administration

d'une cuillerée à bouche de la solution que voici :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium. | 8 grammes. |
| Sirop de trèfle d'eau. | 150 grammes. |
| Sirop de saponaire... | 150 grammes. |
| Mêlez. | |

2° Eau de Vichy aux repas.

3° Pendant la nuit, application sur l'œil cataracté d'un sachet de mousseline de 6 à 8 centimètres carrés de surface rempli de :

| | |
|---|---|
| Chaux............... | 2 parties. |
| Chlorhydrate d'ammoniaque........... | 1 partie. |

4° Deux fois la semaine, et dans la journée, bassiner l'œil avec quantité suffisante de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium. | 2 grammes. |
| Eau................. | 100 grammes. |

5° Priser deux ou trois fois par jour :

| | |
|---|---|
| Bétoine............. | ãã 10 grammes. |
| Asaret............... | |
| Ellébore blanc....... | |

Mêlez et réduisez en poudre grossière.

6° Alimentation surtout végétale.

7° Se purger de huit jours en huit jours avec 8 grammes de magnésie calcinée. (*Journal de médecine de Bordeaux*, juin 1863.)

---

## TRAVAUX ACADÉMIQUES.

**De la contagion de la fièvre typhoïde.** M. Henry Gintrac vient d'aborder à son tour cette grosse question qui divise encore le corps ; voici une courte analyse du travail que notre distingué confrère de Bordeaux a lu à l'Académie de médecine.

Il rappelle d'abord que ce fut l'illustre Bretonneau qui vint le premier au sein de l'Académie signaler la contagion de la dothinentérie. Malgré les nombreux travaux faits sur ce sujet, la question de contagion semble encore indécise. Cette divergence d'opinion ne tiendrait elle pas à ce que la fièvre typhoïde peut naître et se développer sous deux influence distinctes, naître sous l'influence de causes locales délétères et se propager par voie de contagion ?

La fièvre typhoïde est produite le plus souvent, il est vrai, par l'infection, et l'un peut dire que certaines localités sont à cette fièvre ce que les marais sont à la fièvre intermittente, ce que les colonies et certaines régions équatoriales sont à la fièvre jaune. Mais la fièvre typhoïde peut ne pas apparaître comme contagieuse, quand par son étiologie elle se rapproche des maladies endémiques ; il n'en est plus de même lorsqu'elle règne dans des lieux très-salubres qui ne favorisent point son développement primitif. Le doute est permis quand on ne sait trop discerner si elle est l'effet d'une cause locale ou le résultat d'une transmission d'individu à individu ; toute incertitude ne doit elle pas cesser lorsqu'on peut suivre la même épidémie dans deux conditions locales différentes, de telle sorte que les circonstances, qui expliquaient son origine dans un endroit, ne rendent plus raison de sa propagation dans un autre ?

Ces deux conditions opposées, M. Henry Gintrac les a constatées ; il a observé, et il décrit deux épidémies de fièvres typhoïdes qui ont régné l'une après l'autre dans deux contrées différentes sous tous les rapports, à Sainte Croix du-Mont et à Gabarnac ensuite. Dans la première commune, la fièvre typhoïde est déterminée par des influences telluriques ; elle est le résultat d'une infection. Dans la deuxième, elle se propage par contagion, et M. Gintrac montre le principe morbifique se transmettant successivement chez vingt-deux individus. Parmi les agents de cette propagation contagieuse se trouve un enfant de huit mois. Nourri par sa mère atteinte de fièvre typhoïde, cet enfant tombe malade ; transporté à une certaine distance en dehors du foyer contagieux, il communique à une nourrice la maladie dont il avait puisé le germe au sein de la première.

Ancien élève de l'école de Paris, dit en terminant M. Gintrac, médecin dans une grande ville, attaché depuis longtemps à un vaste hôpital, je n'avais jamais observé aucun fait positif de transmission de dothinentérie, et je croyais peu à la contagion. Mais les événements qui se sont déroulés sous mes yeux m'ont fourni l'occasion de comparer deux épidémies voisines et successives, l'une causée par infection, l'autre manifestement produite et propagée par contagion Je conclus que, dans certaines circonstances encore indéterminées, la fièvre typhoïde est contagieuse. (*Compte rendu de l'Acad. de médec.*, juillet.)

---

**Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral.** Voici les

conclusions d'un travail que M. Blot a lu à l'Académie.

1° Chez les femmes en couches, bien portantes, on voit généralement survenir un ralentissement du pouls plus ou moins marqué.

2° La fréquence de ce phénomène varie nécessairement avec l'état sanitaire, comme le prouvent les trois séries d'observations faites par nous à la Clinique et à l'Hôtel-Dieu.

Dans l'état physiologique, le ralentissement du pouls nous paraît un fait général en rapport avec la déplétion utérine. Son degré seul varie. Il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement le pouls lent. Celles qui font le sujet de mes observations ont été suivies assez longtemps pour que j'aie pu m'assurer que chez elles le pouls avait en dehors de l'état puerpéral la fréquence physiologique ordinaire.

3° Le degré du ralentissement peut varier beaucoup; j'ai vu trois fois le pouls tomber à 35 pulsations par minute; le plus communément il oscille entre 44 et 60.

Le régime alimentaire n'exerce pas une influence manifeste, comme le prouvent les vingt et une observations recueillies à l'Hôtel-Dieu.

4° On le trouve plus souvent chez les multipares que chez les primipares, ce qui peut s'expliquer par la fréquence plus grande des accidents puerpéraux chez les dernières.

5° La durée du ralentissement varie de quelques heures à dix ou douze jours; elle est en général d'autant plus longue que le ralentissement est plus considérable, pourvu toutefois qu'un accident morbide ne tire pas subitement les femmes de l'état physiologique.

6° La marche du ralentissement du pouls est presque toujours la même. Il commence ordinairement dans les vingt-quatre heures qui suivent l'accouchement. Il va en augmentant, reste un certain temps stationnaire, puis disparaît peu à peu.

On le voit souvent persister, même à un degré très-prononcé, pendant la période des couches, qu'on décrit généralement sous la dénomination souvent impropre de *fièvre de lait*.

7° La longueur du travail ne paraît pas exercer une influence notable sur son développement et sur son degré: au contraire, le moindre état pathologique l'empêche de se produire, et le fait disparaître. On l'observe après l'avortement, l'accouchement prématuré, spontané ou artificiel, comme après l'accouchement à terme.

Les tranchées utérines, même intenses, ne le font pas disparaître; il n'en est pas ordinairement de même des hémorrhagies. On peut cependant l'observer quelquefois après celles qui n'ont pas été très-abondantes.

8° Les positions couchée, assise ou debout, le font varier très-notablement.

9° Le ralentissement du pouls est un pronostic très-favorable. On ne le rencontre que chez les femmes très-bien portantes. Dans un service d'hôpital, sa fréquence indique un état sanitaire excellent, sa rareté doit faire craindre l'invasion prochaine des états morbides qu'on voit si souvent régner sous forme épidémique.

10° Quant à sa cause, il ne faut pas la chercher dans une sorte d'épuisement nerveux, comme je l'avais cru tout d'abord. Les recherches sphygmographiques auxquelles nous nous sommes livré avec M. Marey, montrent d'une manière manifeste qu'il est en rapport avec une augmentation de la tension artérielle après l'accouchement. (*Compte rendu de l'Acad. de médecine*, juillet.)

---

**De la réduction des hernies étranglées par la compression des bandes de caoutchouc.** M. Maisonneuve est venu réclamer devant l'Institut la priorité de ce procédé. Il y a sept ans environ, dit-il, que j'ai eu l'idée d'appliquer à la réduction des hernies la puissance élastique du caoutchouc. Ce fut aux hernies volumineuses et seulement engouées que je m'adressai d'abord. Ces premières tentatives eurent un succès si constant et si complet, que, malgré quelques hésitations, je crus devoir appliquer la nouvelle méthode à la réduction des hernies véritablement étranglées. Dans les hernies inguinales et les hernies ombilicales assez volumineuses pour être pédiculisées et enveloppées par la bande élastique, les résultats furent aussi complets que possible. Les hernies les plus fortement étranglées, et qui avaient résisté aux plus énergiques efforts du taxis ordinaire, purent être réduites en quelques minutes, sans accident et sans violence.

Quelques-uns de ces faits ont été consignés en 1859 dans la thèse de M. Gustave Morel, l'un de nos élèves.

Chaque année, depuis lors, nous en avons montré de semblables à notre clinique. D'une autre part, en novembre 1862, M. le docteur Vannebroucq, l'un de nos anciens internes, actuellement professeur à l'Ecole de Lille, en a communiqué plusieurs à la Société de médecine du Nord; enfin, dans le cours de cette année même, à l'Hôtel-Dieu, nous en avons observé trois extrêmement remarquables.

Mais tous ces faits ne se rapportaient qu'à des hernies inguinales ou ombilicales d'un certain volume, et les hernies crurales, ainsi que les bubonocèles inguinaux, échappaient à l'application de notre premier procédé (procédé d'enveloppement); c'est pour remplir cette lacune que j'ai conçu l'idée d'un instrument spécial (le réducteur herniaire), lequel se prête merveilleusement à l'application de la compression élastique sur les hernies d'un petit volume.

Grâce à ces deux procédés d'une même méthode, procédé par enveloppement et procédé par compression directe, exécutés l'un et l'autre au moyen de la bande en caoutchouc, nous avons la conviction que l'opération sanglante, si cruelle et si dangereuse (elle donne une mortalité de 60 pour 100), verra chaque jour diminuer le champ de son application, et bientôt même elle n'aura peut-être plus sa raison d'être.

Description des procédés. — 1° *Procédé par enveloppement applicable aux hernies volumineuses.* — Par trois ou quatre tours circulaires fortement serrés, on pédiculise d'abord la tumeur herniaire avec la bande de caoutchouc, puis, dirigeant les doloires de la bande sur le corps même de la tumeur, on enveloppe celle-ci très-exactement, en la recouvrant d'une série de tours obliques qui, par leur nombre, finissent par exercer une pression puissante et continue, sous l'influence de laquelle la hernie se réduit avec une rapidité surprenante, deux ou trois minutes en moyenne.

2° *Procédé par compression directe applicable aux hernies peu saillantes.* — On passe sous les reins du malade la plaque lombaire du réducteur; on applique sur la hernie la pelote réductrice, armée de sa tige transversale, dont les extrémités correspondent à celles de la plaque lombaire; on réunit ces extrémités correspondantes au moyen de plusieurs tours de la bande élastique : cette manœuvre produit déjà une compression puissante, puis, si l'on veut l'augmenter encore, on fait mouvoir la vis de la pelote, qui, remontant la tige transversale, tend de plus en plus la bande de caoutchouc et produit en conséquence une pression considérable, mais toujours élastique.

La théorie de cette méthode est basée sur ce principe, que dans les hernies étranglées ce n'est pas l'orifice herniaire qui se resserre pour produire l'étranglement, mais bien l'organe borné qui se gonfle et vient s'étrangler lui-même. D'où la conséquence qu'en ramenant par une compression méthodique l'organe tuméfié à son volume normal, il est toujours possible de le faire repasser par l'orifice qu'il avait franchi. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, août.)

## VARIÉTÉS.

*Dynamomètre médical.*

Par M. le docteur Duchenne, de Boulogne.

M. Bouvier a présenté à l'Académie de médecine le modèle du dynamomètre créé par notre savant confrère M. Duchenne, et l'a accompagné de la note suivante :

« Depuis l'impulsion donnée par M. Duchenne, de Boulogne, à la physiologie et à la pathologie musculaires, la connaissance de la force des mouvements partiels, à l'état normal et à l'état pathologique, est devenue d'une grande utilité.

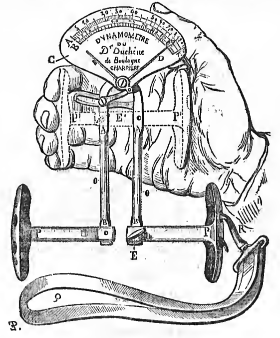
« Le dynamomètre médical que M. Duchenne, de Boulogne, a fait construire par M. Charrière fils en 1857, a été imaginé dans le but de mesurer la force de chacun des mouvements partiels. On sait quelle heureuse application il en

a faite à ses recherches pathologiques. Il s'en est également servi pour suivre et mesurer le retour graduel des forces dans le traitement des paralysies.

« M Duchenne, de Boulogne, vient de faire subir à son dynamomètre de nouvelles modifications qui le rendent d'un usage plus commode et en simplifient en même temps la fabrication. M. Charrière a fabriqué ce dynamomètre d'après les indications de l inventeur.

« Voici la description doce dynamomètre et comment on en fait l'application :

« Le dynamomètre est composé : 1° d'un puissant ressort roulé en spirale et terminé par deux branches droites O, O, placées parallèlement à côté l'une de l'autre ; ce ressort est mis en tension par l'écartement de ses branches ; 2° de deux poignées P, P, qui sont fixées à volonté, ou à l'extrémité des branches, en B, ou près du point du centre, en A, à l'aide desquelles on écarte ces bran-




ches ; 3° d'une plaque C placée sur la face antérieure du ressort et sur laquelle sont gravées, sur deux lignes A, B, des divisions, depuis 1 kilogramme jusqu'à 100 kilogrammes pour la première ligne et jusqu'à 40 kilogrammes pour la seconde ligne ; 4° d'une aiguille D, mise en mouvement par l'écartement des branches AA, et qui marque le degré de force qui produit cet écartement, en s'arrêtant sur telle ou telle division de la plaque C.

« Lorsque le dynamomètre est placé dans son étui, ses poignées s'entre-croisent (Voir les poignets ponctués P', P'), de manière à présenter moins de volume. — Dans cet état, il peut servir à mesurer la force des fléchisseurs des doigts, comme le dynamomètre de M. Burck. On le place alors dans la paume de la main, de telle sorte que les poignées P', P', soient saisies entre le pouce, l'éminence

thénar et les doigts infléchis; alors en fermant fortement la main, les branches O O, s'écartent, et l'aiguille marque, sur la première ligne A du cadran, le degré de force dépensée pendant ce mouvement.

« Pour rechercher la puissance des mouvements partiels, les vis E' sont desserrées; les poignées P' abaissées jusqu'à la partie cylindrique des branches O, O, où elles sont tournées en dehors, comme les poignées P', P'; puis elles sont ramenées dans les parties carrées des branches, soit aux extrémités, en B, si la force ne doit pas dépasser 40 kilogrammes, soit près du point de centre, en A, si la force à mesurer est grande, on doit aller de 40 à 100 kilogrammes; puis elles sont fixées par les vis E ou E'. Ensuite une courroie Q étant fixée d'une part à l'une des poignées, à l'aide du crochet R, et d'autre part à l'extrémité de la part e des membres dont on veut mesurer la force (cette courroie peut être remplacée par une serviette ou un mouchoir plié en cravate), on saisit l'autre poignée libre, et l'on tire en sens contraire du mouvement partiel que l'on fait exécuter par le sujet, jusqu'à ce que l'on ait surmonté la résistance. Alors l'aiguille D, mise en mouvement par l'écartement des branches O, O, marque sur la ligne B si les poignées ont été fixées en bas, et sur la ligne A, si les poignées ont été fixées près du point de centre, la puissance du mouvement partiel exécuté. »

---

### *Un mot sur la transpiration des pieds; moyen d'en neutraliser l'odeur*

Par M. Stanislas Martin.

Nous n'avons pas l'intention de blâmer l'emploi des agents médicamenteux destinés à faire triompher de la transpiration des pieds; car il est des cas dans lesquels la thérapeutique est forcée d'y avoir recours. Cependant nous ferons observer qu'il n'est pas sans inconvénient pour certaines personnes de faire disparaître cette sorte de dyscrasie; nous pourrions même citer des accidents graves survenus à la suite d'applications à la plante des pieds de corps gras, ou de lotions astringentes. Nous connaissons une dame chez laquelle la santé est parfaite, lorsque cette transpiration a lieu, tandis qu'elle est affectée de névralgies intolérables, si cette indisposition cesse. Un médecin de nos amis est dans le même cas; mais au lieu de névralgies, il éprouve un trouble très-sensible des fonctions digestives.

Quel est, pour les personnes affectées de la transpiration des pieds, le plus grand désagrément, nous dirions mieux, le chagrin? C'est de répandre autour d'elles une odeur importune, détestable; l'expérience nous a prouvé qu'on peut parer à cette infirmité, en se servant d'une préparation carbonifère, comme l'ont proposé pour les plaies infectes, d'abord M. Leperdriel, ensuite MM. Malapert et Pichot.

Voici notre mode d'opérer: on place entre le pied et le bas, ou entre le bas et le soulier, une semelle qui contient une couche plus ou moins épaisse de charbon de bois pulvérisé; on prépare cette semelle de la manière suivante: on fixe sur une planche ou un carton d'une grandeur voulue une feuille de papier à filtrer, on étale sur ce papier, et d'une manière uniforme, une forte couche du mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Charbon de bois pulvérisé................... | 40 grammes. |
| Eau ordinaire.................................. | 40 grammes. |
| Gomme arabique en poudre.................. | 15 grammes. |

On recouvre cette pâte d'une autre feuille de papier qu'on lisse avec la main ; et pour qu'il ne se forme pas d'aspérités, on la charge d'une planche un peu lourde ; une heure après, on enlève cette planche pour laisser l'eau s'évaporer à l'air libre.

Lorsque ce tissu est parfaitement sec, on le divise, au moyen de ciseaux, en semelles de la grandeur voulue.

Au lieu de papier à filtrer, on peut employer avec beaucoup plus d'avantage de la flanelle, du feutre, de la toile, de la batiste ou du calicot.

Les semelles hygiéniques au charbon n'offrent aucun danger pour celui qui s'en sert continuellement; on peut les changer une ou deux fois le jour, car leur fabrication est simple, facile et peu dispendieuse.

---

Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris pour l'agrégation dans les sciences accessoires s'est terminé par les nominations suivantes : 1° pour la physique, M. Desplats ; 2° pour la pharmacologie, M. Naquet; 3° pour l'histoire naturelle, M. de Seynes.

---

Par décret du 31 juillet, sont nommés dans la Légion d'honneur : au grade d'officier, MM. les docteurs Claudel et Fuzier, médecins-majors de 1re classe ; au grade de chevalier, M. Cazeneuve, médecin aide-major.

---

M. le docteur Teissier, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Lyon, est nommé professeur titulaire. M. le docteur Rambaud remplace M. Teissier comme professeur adjoint.

---

Le corps médical a fait dans ces derniers temps des pertes regrettables. M. le docteur Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, bien connu par ses travaux d'hygiène et de thérapeutique; M. le docteur Didot (de Liége), membre de l'Académie de médecine de Belgique ; M. le docteur Pérez, correspondant de l'Académie de médecine de Paris à Bayeux ; M. le docteur Berthet, médecin consultant aux eaux d'Aix-en-Savoie.

---

M. le docteur Henri Roger, dont on connaît la générosité envers les Associations médicales, vient de faire un nouveau don de 500 francs à l'Association générale.

---

Le comte Angiolli Galli, praticien florentin récemment décédé, a légué toutes ses propriétés, dont la valeur s'élève à 4 millions de francs environ, aux hôpitaux de la Toscane.

---

La Société de médecine de Strasbourg, dans sa séance solennelle du 2 juillet 1863, a décerné un prix de 500 francs à M. Bouchard (de Lyon), pour ses *Recherches sur la pellagre ;* une première mention a été accordée à M. Lancereaux, pour son mémoire *Sur les hémorrhagies méningées*, et une mention à M. Abeille, auteur d'un *Traité sur les maladies à urines albumineuses et sucrées.*

---

M. le docteur Lécorché a été nommé médecin inspecteur adjoint de l'établissement thermal de Saint-Sauveur, en remplacement de M. Charmasson (de Puy-Laval), nommé médecin inspecteur.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Note sur l'emploi de l'électricité dans le traitement des vomissements nerveux.

Par M. le docteur F. Bricheteau, ancien interne des hôpitaux.

Les vomissements nerveux ont été à plusieurs reprises étudiés dans ce recueil, et la partie thérapeutique y a été surtout longuement traitée [1]; nous voulons insister aujourd'hui sur une forme particulière de ces vomissements, qui, se rapprochant des vomissements dits *incoercibles des femmes enceintes*, peuvent, par leur fréquence et leur opiniâtreté, être fatale pour les malades.

Les vomissements nerveux, en général, n'offrent pas de gravité; presque toujours sous la dépendance d'un état général (hystérie, chlorose), ils cèdent ordinairement au traitement dirigé contre ces affections ; mais il y a des cas dans lesquels ce symptôme prédomine, et c'est ainsi qu'on a vu des hystériques succomber à des vomissements qu'aucun moyen n'avait pu arrêter.

Nous avons été témoin de trois faits de ce genre. Malgré l'emploi de tous les agents médicamenteux préconisés, les vomissements continuèrent à offrir une ténacité telle, que, à bout de ressources, on tenta l'essai de l'électricité. Ce moyen ayant réussi dans ces cas, nous croyons utile de les faire connaître.

Obs. I. *Hystérie. — Forme gastralgique avec vomissements opiniâtres. — Bons effets de l'électricité.* — Caroline X***, dix-huit ans, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Monneret. Depuis l'âge de quinze ans, cette jeune fille souffre tous les jours de l'estomac, les digestions sont difficiles, et des vomissements surviennent au moindre excès de nourriture. Il existe, en outre, des troubles de la menstruation et des douleurs de ventre; celui-ci gonfle et devient très-sensible après les repas. Caroline a eu plusieurs attaques de nerfs.

Depuis un mois elle vomit assez régulièrement après ses repas, elle vient à l'hôpital pour être guérie de ces accidents.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade vomit irrégulièrement, tantôt aux deux repas, tantôt à un seul, surtout les boissons, toujours dans l'intervalle des repas. Nous constatons en outre une anesthésie généralisée et tous les signes de la chlorose. Son traitement général est ainsi formulé : Eau de seltz ; bonne nourriture ; vin de quinquina ; deux douches froides par jour.

[1] Voir *Bullet. de Thérapeut.*, t. XXXVII, XLI, XLVI, LIII, LX.

Ce traitement est mis en œuvre pendant un mois sans aucun résultat : chaque repas est suivi d'un vomissement des matières ingérées, mais qui ne représentent pas la totalité des aliments absorbés, ce qui explique comment, avec des vomissements persistants depuis plusieurs semaines, la malade n'a nullement maigri et a conservé sa fraîcheur. L'appétit est satisfaisant.

Deux vésicatoires sont appliqués sur la région épigastrique, et deux cautérisations au fer rouge sont tentées, mais inutilement.

Tout en continuant les douches, M. Monneret prescrit le sirop de sulfate de strychnine, 2 milligrammes par 20 grammes de sirop. La dose de sulfate de strychnine est successivement portée à 5, 7, 10 milligrammes, sans aucun résultat. Chaque ingestion d'aliment ou de boisson est suivie d'un vomissement, qui se produit cinq minutes après le repas, sans aucun effort, sans aucune nausée; les aliments remontent tout à coup dans la bouche, sans amertume, sans aigreur, et sont parfaitement reconnaissables au goût. Après le vomissement, il n'y a pas la moindre douleur à la région épigastrique.

Le sulfate de strychnine, ayant produit des maux d'estomac, est supprimé, et l'on se contente de prescrire un régime lacté, avec glace à chaque repas. Le lait est rejeté comme les autres aliments les plus indigestes. Sous-nitrate de bismuth à la dose de quatre cuillerées par jour.

Les vomissements reviennent plus abondants, aussi la malade commence à maigrir. On essaye successivement, pendant plusieurs jours, la pepsine à la dose de 2 grammes (1 gramme avant chaque repas); la teinture d'iode; l'acide arsénieux; la poudre de noix vomique, de colombo. Aucun de ces médicaments n'agit.

C'est alors que l'électricité est employée, et après diverses tentatives, j'arrive à la pratique suivante : les deux conducteurs humides de l'appareil Legendre et Morin sont appliqués sur l'épigastre au moment de chaque repas, quinze minutes avant le début, puis vers le milieu pendant une interruption de cinq minutes. On commence par le plus faible courant et l'on augmente graduellement.

Quand la malade est électrisée, elle digère très-bien. Si le courant n'a pas l'intensité voulue, ou si les conducteurs ne sont pas maintenus pendant tout le temps que l'expérience a fait juger nécessaire (15 minutes environ), les vomissements reparaissent ; si l'on suspend l'électrisation, ce qui a été fait à plusieurs reprises, les aliments sont rejetés. Ce mode de traitement n'est donc que palliatif et nullement curatif, ce qui devait être, puisqu'il ne s'attaque nullement à la cause.

L'électrisation est continuée pendant deux mois; sous son influence, la malade se nourrit, reprend son embonpoint; puis on cesse le moyen, et quelques vomissements reparaissent, mais irréguliers; enfin ils cessent, et, quoique cette jeune fille ait eu plus tard d'autres accidents hystériques, les vomissements n'ont pas reparu.

Obs. II. *Hystérie. — Vomissements opiniâtres. — Bons effets de l'électricité.* — Marie X***, dix-huit ans, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Monneret, pour être traitée d'une affection hystérique. Depuis trois mois, des accès ont lieu, bien caractérisés, précédés de la sensation de la boule hystérique; de plus elle souffre de névralgies diverses, accompagnées d'une anesthésie généralisée.

Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, passé sans grande amélioration, cette jeune fille commence à vomir d'abord son dîner, ensuite les deux repas, puis tout ce qu'elle prend. — Les vomissements ne s'accompagnent d'aucune douleur; ils sont seulement précédés d'une sensation désagréable derrière l'extrémité inférieure du sternum, et un seul effort de régurgitation expulse les matières ingérées.

La malade est d'abord mise au régime lacté et aux boissons glacées; puis on la soumet aux douches froides; elle prend de l'acide arsénieux, de la teinture d'iode et de la poudre de noix vomique.

Ce traitement ne produisant aucun effet, instruit par l'exemple précédent, M. Monneret prescrit d'électriser cette jeune fille avant ses repas.

Comme chez l'autre malade, un courant électrique est maintenu sur la région épigastrique au moment de chaque repas, quinze minutes avant le début, puis vers le milieu pendant une interruption de cinq minutes.

Quand l'électrisation est bien faite, la malade ne vomit; pas mais dès qu'on suspend le moyen, les vomissements reparaissent. Ce n'est qu'après six semaines de ce traitement, joint à un régime tonique et réparateur, aux douches froides et à la gymnastique, qu'on a pu arrêter l'emploi de l'électricité. Depuis, les vomissements n'ont pas reparu.

Obs. III. *Chlorose. — Vomissements opiniâtres. — Guérison par l'électricité.* — Louise X***, âgée de seize ans, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Natalis Guillot. Cette jeune fille, d'une constitution scrofuleuse très-marquée, a eu dans son enfance de nombreux abcès ganglionnaires; elle n'est pas réglée et est peu développée pour son âge. Sa santé laisse à désirer depuis quatre ans,

ce qu'il faut rapporter à une mauvaise nourriture et à des excès de travail. Elle n'a jamais eu la moindre crise nerveuse.

Depuis deux ans, Louise est sujette à des maux d'estomac; ses digestions sont pénibles, et depuis un an elle éprouve des vomissements irréguliers, qui ont augmenté de fréquence depuis deux mois.

On constate les signes de la chlorose et des névralgies diverses; céphalalgie, palpitations de cœur; bruit de souffle au cœur et dans les vaisseaux du cou.

Lorsque cette jeune fille entre à l'hôpital, elle vomit tout ce qu'elle prend, et de plus, le matin à jeun. Ses vomissements ont lieu pendant la période de la digestion, une heure ou deux après le repas, sans effort, sans douleurs. Ils se produisent à plusieurs reprises, et surtout quand la malade marche après ses repas. Il lui est surtout impossible de boire la moindre quantité de tisane.

Divers traitements sont successivement employés : d'abord un régime tonique; bains sulfureux; vin de quinquina; préparations de fer.

Puis la malade est soumise aux douches froides. On essaye, mais en vain, le régime lacté, les boissons glacées, l'opium, porté à une haute dose, le sous-nitrate de bismuth, la teinture d'iode, la poudre de racine de colombo, l'extrait alcoolique de noix vomique. La pepsine seule a calmé les vomissements pendant deux jours, mais bientôt ils ont reparu.

Un vésicatoire, placé sur la région épigastrique, et pansé avec le chlorhydrate de morphine, n'amène aucune amélioration. Deux applications du marteau de Mayor sont faites sans résultat. C'est alors qu'on a recours à l'électricité. Au commencement de chaque repas, un courant de moyenne intensité est maintenu sur la région épigastrique, au moyen des deux conducteurs humides de l'appareil Legendre et Morin, et on le renouvelle pendant cinq minutes après le repas.

Dès le premier jour, les aliments sont supportés en totalité. L'emploi de l'électricité est continué pendant quinze jours sans aucune interruption ; au bout de ce laps de temps, on le cesse et la guérison persiste.

On peut dire que, dans ce cas, l'électrisation a fait merveille.

Ainsi, voilà trois faits de vomissements nerveux rebelles à tous les médicaments préconisés contre cette affection et qui cèdent à l'emploi des courants électriques. Dans le cours des deux premières observations, nous avons déjà fait remarquer que l'électrisation

n'empêchait pas le retour des vomissements, mais ne faisait que s'opposer à leur production. Nous ne faisions, en effet, que combattre le symptôme, sans nous attaquer à la cause qui le ramenait, l'hystérie. Mais c'était déjà un grand résultat que de pouvoir nourrir les malades, ce qui leur permettait de suivre un traitement général qui, seul, devait avoir prise sur cette redoutable affection.

En indiquant la façon dont nous avons dirigé le traitement électrique chez ces malades, nous n'avons voulu tracer aucune règle; nous croyons, au contraire, que la durée et l'intensité du courant électrique doivent varier avec chaque malade, suivant sa susceptibilité plus ou moins grande. Chez telle femme, un courant faible suffira ; chez une autre, il faudra en augmenter la force. Ce n'est qu'en tâtonnant qu'on arrivera à proportionner le remède à la maladie. Chez la première malade, il nous a fallu huit jours d'essais avant de réussir complétement.

Comment l'électricité agit-elle dans ces cas? Probablement en diminuant l'exaltation de la sensibilité de l'organe. Pour M. Briquet, les vomissements et les gastralgies hystériques tiennent à une hyperesthésie de l'estomac, et de même que les dermalgies disparaissent facilement par la faradisation de la peau, l'emploi prolongé et continu d'un courant électrique modifie l'hyperesthésie gastrique.

A l'appui de cette opinion, je citerai le fait suivant rapporté par M. Oré (*Journal de médecine de Bordeaux,* août 1858).

Une dame de trente ans, d'une constitution forte, d'un tempérament nerveux, était affectée depuis quatre ans de pneumatose stomacale très-pénible et très-douloureuse, qui se produisait d'une manière subite, par le seul fait de l'ingestion de quelques cuillerées de bouillon ou d'un liquide quelconque.

Divers traitements furent employés sans résultat : vésicatoire, emplâtre stibiée; opium ; sous-nitrate de bismuth ; eaux minérales de Pullna, de Vichy; sulfate de quinine, tout échoua. L'application de courants électriques sur la région épigastrique triompha assez rapidement de cette bizarre affection.

Ce traitement réussira-t-il dans le cas de vomissements dû à une atonie de l'estomac, ou à d'autres causes? C'est ce que nous ne saurions dire, ne l'ayant pas employé dans ces conditions.

---

### Etudes sur la valeur comparée du musc et de l'acétate d'ammoniaque dans le traitement des pneumonies graves avec délire (¹).

Par M. le docteur J. Delioux de Savignac,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

IX. Parmi les nombreux cas de pneumonies avec délire que j'ai été à même d'observer et dont j'ai pu heureusement diriger la solution avec le secours de l'acétate d'ammoniaque à hautes doses, en voici trois, comme exemples, récemment recueillis dans ma clinique. Je choisis ces observations dans une série de pneumonies survenues à une époque où elles offraient une certaine gravité.

Obs. III. *Pneumonie complète du côté droit avec état typhoïde et délire.* — Le nommé Boix, soldat d'infanterie de marine, né à Perpignan, âgé de vingt-cinq ans, est reçu à l'hôpital maritime de Toulon le 11 avril 1862. Il n'est malade que depuis la veille. Il offre un certain degré de prostration et reste en décubitus dorsal. La face est injectée, la peau très-chaude, le pouls plein et fréquent, à 100 pulsations par minute. La respiration est fréquente et un peu anxieuse. Une vive douleur est accusée dans l'hémithorax droit, particulièrement au-dessous du mamelon ; cette douleur s'accroît dans les mouvements inspiratoires, mais n'est pas augmentée par la pression ni par le décubitus latéral droit. Toux, crachats sanglants ; langue blanche, goût pâteux ; pas de selles depuis deux jours.

La percussion donne une matité complète en avant, à partir de la sixième côte, et partout en arrière sur l'hémithorax droit. A l'auscultation, râle crépitant généralisé, plus fort autour du mamelon au point le plus douloureux. Le poumon gauche est sain, mais on y entend quelques ronchus bronchiques, qui existent aussi dans le haut du poumon droit, où ils dominent le râle crépitant.

Prescription, le 11 février, jour d'entrée, deuxième jour d'invasion : potion émétisée à 30 centigrammes, diacodée 15 grammes ; 15 sangsues au point douloureux, cataplasmes après leur chute.

Le 12 : fatigue générale, douleur moins vive au mamelon droit. La respiration est plus libre, la toux moins fréquente, les crachats toujours sanglants. La fièvre n'a pas cédé ; même état de la bouche, et en outre soif ardente. Il y a eu une selle *involontaire* dans la nuit.

Diète, même potion ; l'émétique est toléré : une saignée du bras de 300 grammes.

(¹) Suite et fin, voir les livraisons précédentes, p. 49 et 102.

Le 13 : le malade semble mieux; le point de côté a diminué. La matité du thorax a disparu en avant, persiste en arrière, mais est moindre sur la partie latérale; le râle crépitant est moins sec, l'expectoration moins colorée.

Diète; — il y a d'ailleurs anorexie complète; — l'émétique ayant déterminé quelques nausées, la médication est modifiée de la manière suivante : potion : tartre stibié, 30 centigrammes; hydrolat de laurier-cerise, 8 grammes; tilleul gommé sucré, 200 grammes; extrait d'opium, 5 centigrammes, en 3 pilules, à prendre d'heure en heure avant de commencer la potion stibiée laurinée.

Le 14 : le malade a passé une bonne nuit. Le pouls, un peu moins plein, régulier, donne encore 96 pulsations à la minute; la respiration est facile, non douloureuse. Les crachats se décolorent de plus en plus, et quelques-uns même revêtent le caractère de l'expectoration bronchique. Mais on entend toujours le râle crépitant, et, en arrière, où la matité persiste, il est accompagné de souffle bronchique. Selles normales.

L'état nauséeux a cessé, mais la langue et la gorge sont rouges, irritées et pointillées de pustules stibiées.

Le malade sent un peu d'appétit.

Prescription : bouillon; nouvelle saignée du bras de 400 grammes, et, au lieu de la potion émétisée : 1 gramme de kermès avec 5 centigrammes d'opium, en 10 pilules, à filer d'heure en heure dans la journée. Gargarisme avec décoction de pavot et miel rosat.

Le 15 : le malade a encore passé une assez bonne nuit; il n'accuse le matin ni douleurs ni oppression respiratoire. Les pustules de la bouche vont mieux; mais la langue est sale, collante; la peau est très-chaude, sèche, le pouls à 104; les crachats sont plus teintés que la veille, le souffle bronchique est plus fort. Une céphalalgie intense est survenue hier dans la soirée et a disparu après une épistaxis peu abondante; pas de selles dans les vingt-quatre heures; un peu de somnolence; décubitus dorsal.

Prescription : mêmes pilules kermétiques-opiacées; quatre ventouses scarifiées en arrière, au point correspondant au souffle bronchique.

Le 16 : le délire s'est manifesté pendant la nuit et persiste à l'heure de la visite du matin; langue sèche, deux selles liquides, gargouillement iléo-cœcal, pouls à 112. La lésion du poumon est stationnaire, mais le catarrhe bronchique augmente; aussi les ronchus sont devenus plus forts, ronflants dans le côté droit; du râle muqueux s'entend dans les bronches du côté gauche.

Prescription : infusion d'oranger ; demi-lavement de décoction de quinquina ; potion dont la formule suit :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque.................... | 20 grammes. |
| Hydrolat de fleurs d'oranger............... | 30 grammes. |
| Sirop d'ipécacuanha...................... | 30 grammes. |
| Tilleul gommé.......................... | 150 grammes. |

A prendre par une ou deux cuillerées à la fois d'heure en heure.

Cette potion n'ayant pas conjuré les accidents ataxiques, une seconde est prescrite pour la nuit, ainsi composée :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque................... | 10 grammes. |
| Sirop d'ipécacuanha..................... | 10 grammes. |
| — de Tolu.......................... | 10 grammes. |
| Infusion de tilleul....................... | 120 grammes. |

Le malade avait passé la journée du 16 dans un état comateux presque continuel, accidenté par un délire un peu moins fort que pendant la nuit. Il survint aussi pendant la journée d'assez vives douleurs, mais passagères, dans l'abdomen.

Le 17 : persistance du délire pendant toute la nuit ; à la visite du matin, le malade répond difficilement aux questions qu'on lui adresse ; deux selles involontaires ; pas de coliques ni de gargouillement iléo-cœcal ; la peau est couverte d'une transpiration visqueuse ; le pouls est dur, petit, très-fréquent, à 120 ; les bronches sont fortement engouées de mucosités ; toujours souffle bronchique à la base du poumon, en arrière ; toujours décubitus dorsal.

Le soir, état comateux, langue sèche, gargouillement dans les deux fosses iliaques, sans évacuations alvines durant la journée ; même moiteur de la peau, même fréquence du pouls. Comme la veille, il y a eu moins de délire dans la journée.

En présence de cet état, très-grave comme on le voit, on insiste sur la même médication : infusion d'oranger pour boisson ; bouillon à volonté ; potion :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque.................. | 30 grammes. |
| Sirop d'ipécacuanha..................... | 40 grammes. |
| Hydrolat d'oranger...................... | 30 grammes. |
| — de mélisse..................... | 60 grammes. |

Un large vésicatoire est appliqué sur l'endroit où s'entend le souffle bronchique.

Le 18 : l'infirmier de garde annonce que le délire a cessé pendant la nuit ; le jeune Boix, en effet, est plus éveillé, a meilleur visage et répond plus nettement aux questions ; la peau est fraîche, le pouls petit, moins fréquent ; il y a un peu moins de matité dans l'hémi-

thorax droit. Pas de gargouillement dans les fosses iliaques, pas de selles dans les vingt-quatre heures.

Le soir, retour du coma, mais pas de délire dans la journée; peau chaude, pouls un peu irrégulier; vives douleurs dans le ventre; pas de selles, malgré l'administration d'un lavement d'infusion de camomille miellée; un peu de surdité.

On réitère la prescription du 17, et le vésicatoire est pansé à suppurer.

Le 19 : le mieux constaté le matin se continue pendant la journée; réponses nettes; ni délire, ni coliques; constipation que ne parvient pas à vaincre un lavement à l'huile de ricin, lequel est conservé. Il y a eu une petite épistaxis pendant la nuit.

Ce jour-là, l'acétate d'ammoniaque est seulement prescrit à 15 grammes, le sirop d'ipéca à 20.

Les 20, 21 et 22 : le mieux continue; le pouls diminue graduellement de fréquence; les évacuations alvines redeviennent régulières et normales. On accorde deux soupes par jour, et l'on maintient l'acétate d'ammoniaque à 15 grammes pour les vingt-quatre heures.

La dose de ce médicament est abaissée à 10 grammes le 23 avril, et, à partir du lendemain, le malade est mis à l'usage de potions légèrement kermétisées pour hâter la résolution de l'engorgement pulmonaire. Cette résolution s'obtient journellement, constatée par l'auscultation, et devient bientôt complète. On augmente rapidement l'alimentation.

Aucun accident ne vient entraver la convalescence; Boix reprend ses forces et sort de l'hôpital le 19 mai, entièrement remonté et guéri.

Obs. IV. *Pneumonie* (*base gauche*), *avec délire ataxique et malignité.* — Carrazé, originaire du département des Hautes-Pyrénées, soldat d'infanterie de marine, entre le 16 avril 1862 à l'hôpital. Il se dit indisposé depuis huit jours, mais sa pneumonie ne semble pas dater de plus de deux ou trois; elle affecte la base du poumon gauche, elle est au premier degré avec tendance à passer au deuxième. Le point de côté est très-douloureux, surtout pendant les accès de toux et dans les mouvements que fait le malade. L'expectoration est difficile et n'amène qu'une petite quantité de crachats, les uns striés de sang, les autres franchement rouillés. Il y a de l'anxiété, un peu de prostration, une dyspnée assez forte par moments, de la céphalalgie, une soif très-vive. Les voies digestives sont cependant en assez bon état. Il y a eu une selle involontaire pendant la dernière nuit. La fièvre est presque nulle, et le pouls est lent.

Prescription, le 15 avril, à la visite du soir : tilleul gommé ; potion stibiée à 30 centigrammes, diacodée [1] 15 grammes ; saignée de 400 grammes.

Le 16 : pas de changement notable, sauf que le pouls s'est élevé ; le point de côté est toujours assez vif ; râle crépitant sec ; crachats rouillés.

Trois ventouses scarifiées sont appliquées au point douloureux. La potion d'hier ayant été mal supportée, on prescrit seulement aujourd'hui 20 centigrammes d'émétique avec 20 grammes de sirop d'opium, et la tolérance s'établit.

Le 17 : nuit agitée ; ce matin, pesanteur de tête, toux pénible, beaucoup de douleur au côté, peu de réaction fébrile ; l'expectoration, s'est supprimée.

Continuation de la potion précédente.

Le 18 : nuit meilleure, toux plus facile ; retour de l'expectoration, toujours rouillée ; persistance du point de côté, matité et souffle bronchique ; constipation ; quelques nausées.

Même potion ; trois nouvelles ventouses scarifiées ; lavement émollient.

Le 19 : fièvre intense, exaspération de la douleur de côté ; selles nombreuses après le lavement.

Potion stibiée à 30 centigrammes et vésicatoire *loco dolenti*.

Le 20 : délire hier soir et durant toute la nuit ; pouls dur et fréquent ; crachats rouillés ; point de côté moins accusé ; un peu de nausées ; deux selles normales en vingt-quatre heures.

Prescription : potion avec 20 grammes d'acétate d'ammoniaque, 15 de sirop d'ipéca, hydrolats de mélisse et d'oranger dans les proportions ci-dessus mentionnées ; faire suppurer le vésicatoire.

Le 21 : délire et jactation pendant toute la nuit ; délire encore le matin, mais plus calme ; céphalalgie ; toujours pouls fréquent, et point de côté très-senti, mais moins douloureux. 4 selles liquides.

Potion à 40 grammes de sirop d'ipécacuanha et 30 d'acétate d'ammoniaque.

Le 22 : délire toute la nuit, persistant le matin, mais moindre ; pouls ralenti ; douleur de côté presque disparue ; le malade ressent quelque appétit.

---

[1] Je dis *diacodée*, par abréviation et selon l'usage dans nos hôpitaux, pour désigner l'addition d'une certaine quantité de sirop d'opium du Codex : locution vicieuse, je l'avoue, et à laquelle on devrait renoncer aussi bien qu'au *sirop diacode* lui-même.

L'acétate d'ammoniaque est porté à 40 grammes pour la journée. Une soupe est accordée au malade, qui a reçu du reste sa ration journalière de bouillon depuis le commencement de sa maladie.

Le 23 : le délire a cédé dans la journée d'hier, et la nuit a été paisible; pouls lent; pas de douleur de côté.

La dose d'acétate d'ammoniaque est abaissée à 20 grammes.

Le 24 : il est revenu un peu de délire pendant la dernière nuit; il n'en existe plus le matin, et à partir de ce moment il n'a pas reparu. Il n'y a plus ni toux, ni crachats, ni douleur de côté.

Potion à 25 grammes d'acétate d'ammoniaque, 20 de sirop d'ipéeacuanha.

Le 25 : nuit calme; intelligence nette; quelques vomissements après la potion. Le pouls s'est considérablement ralenti; hier il était à 48, aujourd'hui il est à 44. La pneumonie entre en voie de résolution.

Potion avec 10 grammes d'acétate d'ammoniaque et autant de sirop d'opium.

Le 26 : amélioration soutenue et potion comme la veille.

Le 27 : l'acétate d'ammoniaque est suspendu; l'alimentation est progressivement augmentée.

La résolution de la pneumonie marchant avec une certaine lenteur, le kermès est prescrit en potion gommeuse opiacée, à la dose de 1 gramme, bien supporté; on diminue le kermès à mesure que l'effet poursuivi se réalise; le vésicatoire est entretenu pendant une quinzaine de jours.

Vers le 15 mai, on peut considérer le poumon comme rendu à ses fonctions normales; mais le malade était très-affaibli, anhémique, et il fut maintenu pendant quinze jours à l'hôpital pour prendre du fer et du quinquina. Je l'ai mis *exeat* le 29, en jouissance d'un congé de convalescence, en l'engageant à continuer pendant quelque temps le traitement tonique.

On aura remarqué dans cette observation le caractère insidieux de la maladie, entachée même d'une certaine malignité, avec son absence de fièvre au début, l'opiniâtreté du point de côté, l'exaltation fébrile coïncidant avec l'apparition du délire; celui-ci, en outre, a été plus violent que dans le premier cas, où il y eut plus d'adynamie que d'ataxie, tandis qu'ici le délire a été plus franchement ataxique. Le second cas en somme a été tout aussi grave que le premier, ne fût-ce qu'à en juger par la chloro-anhémie très-prononcée qui l'a suivi. L'influence hyposthénisante de l'acétate d'ammoniaque a été aussi très-remarquable dans cette circonstance, et c'est

un des exemples les plus frappants de sa propriété d'abaisser et ralentir le pouls, au lieu de stimuler la circulation, comme on se complaît à tort à le répéter.

Obs. V. *Pneumonie complète droite avec délire ataxique.* — Grandit, né à Granville, vingt-cinq ans, matelot à bord du vaisseau *le Montebello*, entre le 29 avril 1862 à l'hôpital, avec une pneumonie envahissant le poumon droit, dont le début remonterait à quatre jours, et qui est déjà parvenue au deuxième degré. Je n'insiste pas davantage sur les signes sthéthoscopiques si connus et faciles à apprécier en pareil cas; parlons surtout de la complication ataxique et de l'influence que va encore exercer sur elle l'acétate d'ammoniaque.

L'état de ce matelot, malgré un certain degré de dyspnée, n'offrait pas d'abord de gravité apparente. La toux était fréquente, l'expectoration facile, abondante, constituée par les crachats pathognomoniques, le point de côté médiocrement douloureux, la réaction fébrile modérée.

Le 29, on prescrit une potion stibiée à 30 centigrammes, et une saignée du bras de 300 grammes; le 30, même potion, très-bien tolérée, et une application de douze sangsues au côté endolori.

Dans l'après-midi du 30, le délire survient; la fièvre a augmenté, le pouls est à 110, les crachats sont fortement rouillés.

Le tartre stibié est suspendu, et l'on a recours à l'acétate ammonique à la dose de 20 grammes.

Le 1er mai, après une exacerbation délirante dans la nuit, le calme est revenu le matin; le pouls est descendu à 96; la toux et l'expectoration se sont arrêtées. Il y a eu plusieurs selles liquides, sans coliques.

L'acétate d'ammoniaque est donné à 30 grammes pour la journée, associé à même dose de sirop d'ipécacuanha.

Le malade est tranquille pendant la journée; mais vers quatre heures du soir, le délire recommence et s'accompagne de beaucoup d'agitation; il sort à chaque instant de son lit et s'obstine à quitter l'hôpital. Cependant le pouls a encore baissé, et n'est plus qu'à 88 pulsations par minute.

Le 2 mai : le délire a persisté pendant toute la nuit, mais il a été plus calme que la veille au soir. Le matin, le malade a un peu d'hébétude; l'expectoration est revenue fortement colorée, mais il n'y a point de douleur de côté. La journée se passe assez bien; le pouls varie entre 80 et 90.

Même potion que la veille.

Le 3 : il y a encore eu du délire pendant la nuit, plus modéré que précédemment, et le malade déraisonne durant toute la matinée ; le pouls est à 88.

La dose d'acétate d'ammoniaque est élevée à 40 grammes.

Le 4 et le 5, le délire va diminuant ; on baisse graduellement la dose d'acétate d'ammoniaque, et l'on suspend ce médicament le 6 au matin, le malade ayant dormi toute la nuit. Le pouls est arrivé successivement à son état normal ; les crachats ne sont formés que que de mucus bronchique.

Néanmoins, si la complication ataxique était désormais écartée, l'hépatisation pulmonaire persistait toujours, et je crus devoir revenir au tartre stibié ; ce dernier médicament fut continué pendant douze jours, à dose modérée d'ailleurs, 20 centigrammes, ce qui n'empêcha pas d'alimenter le sujet. La résolution marcha avec lenteur ; il fallut l'activer par un vésicatoire placé sur le côté affecté, et l'usage combiné et longtemps continué du kermès et du polygala. Le malade partit guéri le 9 juin.

Un point intéressant de cette observation, c'est que le délire prit ici une forme intermittente, revenant particulièrement pendant la nuit. J'aurais pu y voir l'indication de placer le sulfate de quinine ; mais je m'arrêtai d'autant moins à l'idée de l'administrer que j'ai vu assez souvent le délire de la pneumonie affecter cette forme et revenir particulièrement ou s'exagérer la nuit ; il en est de même du reste dans beaucoup d'autres maladies aiguës, lorsque le délire vient les compliquer. En outre, je voulais voir une fois de plus si, quelle que fût la marche du délire pneumonique, l'acétate d'ammoniaque l'influencerait favorablement. Je n'aurais pas mieux réussi, j'aurais peut-être même fait fausse route si j'avais donné exclusivement le sulfate de quinine. Si j'avais prescrit simultanément le médicament quinique et le médicament ammoniacal, je n'aurais su auquel des deux attribuer le résultat.

X. L'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque a donc été aussi nette que décisive dans les trois cas que je viens de rapporter ; il a réduit l'élément ataxique, il a fait cesser le délire, et il n'a même fait que cela : car, contrairement à ce que j'ai observé en d'autres circonstances où il a paru contribuer à accélérer la résolution de la pneumonie, il a laissé ici la lésion pulmonaire en l'état, si bien que nous avons dû la reprendre à nouveau par la médication antimoniale pour en devenir maître, et rendre à l'absorption interstitielle les produits inflammatoires épanchés dans l'organe lésé.

Est-ce à dire que l'acétate d'ammoniaque soit parfois capable

d'enrayer la résolution de la pneumonie? Non, sans doute; il ne la retarde même pas. Il faut remarquer, en effet, que l'espèce délirante se greffe principalement sur la phlegmasie pulmonaire parvenue au deuxième degré; or, l'hépatisation n'a pas la tendance rapide à la résolution dont jouit l'hyperhémie inflammatoire du parenchyme, et c'est déjà la justification d'une cure moins prompte. C'est l'élément ataxique qui entrave et dénature les tendances naturelles de la pneumonie, et la rend momentanément stationnaire; à tout médicament, soit le musc, soit l'ammoniaque, qui triomphe de cet élément, on n'a pas à la rigueur à demander davantage, puisqu'il rend le champ libre à la résolution et aux médicaments capables de la rendre effective.

Si l'acétate d'ammoniaque agit efficacement contre la pneumonie ataxique et délirante, c'est parce qu'il est un de nos premiers remèdes antispasmodiques, c'est parce qu'il s'adapte merveilleusement à un grand nombre d'états nerveux. Il arrive alors ce qui arrive également dans des circonstances pathologiques analogues. Lorsqu'un nouvel élément morbide, tout autre que ceux qui composent ordinairement une maladie, entre inopinément en scène et devient prédominant, il entraîne l'indication capitale. Si l'on obéit à cette indication par l'emploi d'une médication spéciale et de nature à faire justice de l'élément qui est venu compromettre les tendances favorables de la maladie, n'emporte-t-on pas souvent du même coup la complication et la lésion primitive? Ne voit-on pas, par exemple, lorsque le périodisme, incidemment survenu, a transformé le type d'une fièvre auparavant ou d'ordinaire continue, le sulfate de quinine annuler la transformation et supprimer à la fois la fièvre, en accélérant la solution des lésions coïncidentes? Ainsi peuvent agir, dans les pneumonies compliquées de délire grave, le musc et l'acétate d'ammoniaque; en enlevant l'ataxie, ils sauront en bien des cas emporter la congestion pulmonaire, ou si la lésion est trop avancée pour se prêter à ce dénoûment rapide, ils en hâteront du moins la résolution. Ce qui revient à dire que la suppression d'un élément morbide prédominant entraîne généralement la radiation des éléments secondaires.

Il ne me paraît pas impossible que, en outre, l'acétate d'ammoniaque donné pendant plusieurs jours et à hautes doses, concoure chimiquement (je risque le mot) à la résolution des engorgements pulmonaires, abstraction faite de son influence désormais reconnue sur les accidents nerveux. Il agirait alors à la manière des alcalins dont il fait partie, en atténuant, en dissolvant les produits fibrineux

versés par l'inflammation dans le parenchyme pulmonaire, et en facilitant ainsi leur résorption. Le traitement de la pneumonie par le carbonate de potasse, institué par Mascagni, traitement qui a eu son temps de vogue et sans doute aussi son efficacité, opérait vraisemblablement dans le même sens. Des tentatives analogues avec le bicarbonate de soude ne sont pas non plus restées sans succès, et je m'en suis pour mon compte assez bien trouvé dans quelques cas de pneumonies chroniques. Il n'est donc pas illogique d'invoquer les propriétés chimico-physiologiques d'un composé ammoniacal, contre les stases sanguines ou les produits fibrinoïdes de l'inflammation.

En cherchant ainsi à pénétrer dans l'intimité d'action d'un médicament, en osant surtout baser une explication sur les lois de la chimie, je viens de toucher à l'une de ces questions délicates qui font jeter les hauts cris dans certaines écoles ; sous peine de passer pour un chimiâtre, il y est interdit de tenir un tel langage. Je ne romprai point cependant avec mon passé, et je reviendrai, dans un prochain travail, sur ce terrain scabreux où j'ai été trop vertement attaqué pour ne pas saisir enfin une occasion de répondre.

Cette nouvelle étude expérimentale justifiera, je l'espère, les opinions que j'ai cherché à répandre sur l'acétate d'ammoniaque, et complétera la théorie pharmacodynamique de ce médicament.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### De la combinaison du broiement de la pierre et de la taille.

Par M. le professeur Alquié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montpellier.

Nos recherches diverses sur le traitement des calculeux nous ont amené, à notre tour, à l'idée, déjà mise en pratique depuis bien longtemps et de bien des manières, de diminuer le volume du calcul dans la vessie, afin de le faire sortir ensuite en grandes parties ou en parcelles à travers une incision peu étendue. L'association de la lithotritie à la taille nous semble, en effet, une méthode heureuse, et qui a déjà fourni des résultats avantageux. Le fixe-pierre [1] nous paraît propre à rendre cette pratique plus simple et plus

[1] Instrument, espèce de pêche-pierre modifié, que nous employons depuis six ans pour l'application d'une nouvelle méthode de taille sur laquelle nous publierons un ouvrage.

facile. Au lieu de nombreux instruments, les seuls propres à la méthode du fixe-pierre suffisent. Soit avant, soit après l'incision de la région prostatique, le calcul, se trouvant pris entre le mors de cette sorte de lithotriteur, peut être brisé au moins dans ses couches extérieures en bien des cas. C'est ce qui nous est arrivé en opérant un jeune malade. Le petit calcul sortit écrasé de façon à laisser son noyau entre le mors de l'instrument et sa coque réduite en parcelles dans la plaie, ou dans la vessie, d'où une forte injection d'eau tiède les expulsa.

Le frère Côme et bien d'autres lithotomistes ont regardé le brisement d'un gros calcul dans la taille comme une circonstance favorable. Toutefois, nous rappelant que Ledran avait inventé une espèce de tenette pour prévenir l'écrasement de la pierre, que Bromfield, Lecat, Home, etc., en préconisèrent de semblables, nous considérâmes d'abord ce résultat comme préjudiciable à la nouvelle méthode; mais en y réfléchissant, nous reconnûmes qu'il en était autrement. Ainsi, en ce dernier cas, la pierre avait pu être extraite très-facilement par une ouverture fort étroite.

Néanmoins, cette manière d'opérer ne pourrait s'appliquer aux calculs très-gros ou très-durs. Le fixe-pierre n'a pas de mors assez résistants pour produire alors l'action ordinaire du lithotriteur de Heurteloup. Le 28 décembre 1859, nous avons essayé ce dernier mode opératoire sur le cadavre d'un homme âgé de soixante-quatre ans environ. En présence des élèves de l'Ecole pratique, nous avons effectué d'abord la taille hypogastrique à l'aide du fixe-pierre, avec lequel nous avons engagé un calcul, offrant 35 millimètres à l'un de ses principaux diamètres, à travers la plaie faite à la vessie. Nous avons ensuite brisé la pierre par percussion à la faveur du lithotriteur introduit à travers l'urètre. Remplaçant alors ce dernier instrument par le fixe-pierre, nous pratiquons la taille latéralisée.

Les premiers fragments ont été retirés avec assez de facilité; mais les derniers ont exigé des manœuvres laborieuses, parce que sans doute la vessie, ouverte en avant et au-dessous, s'affaissait sur elle-même, de manière à embarrasser la préhension et l'extraction. En outre un fongus existant sur la base du trigone vésical augmentait ces obstacles. Sur l'homme vivant la vessie se trouvant intacte en avant ne causerait pas autant de difficultés. Cependant de nos jours Vaca Berlinghieri écrit que toutes les fois que chez ses opérés la pierre s'est brisée, la sortie des fragments a été bien laborieuse, et pour les malades cruellement pénible. Brodie regarde le brise-

ment d'un calcul comme très-défavorable ordinairement, et applicable seulement aux pierres très-volumineuses.

On reconnaît cependant dans cette manière d'agir un véritable progrès sur celle de Tolet, qui, à la fin du dix-septième siècle, conseillait de laisser alors la pierre dans la vessie. Le professeur Velpeau dit aussi qu'un de ses malades eut beaucoup à souffrir de cette circonstance. Sur l'un de nos opérés par la nouvelle cystotomie, il a fallu reprendre un second calcul. On doit donc tenir compte de la plus ou moins grande répétition des manœuvres d'extraction.

Néanmoins, bien des essais de cette espèce nous ont amené à reconnaître que si le calcul est de médiocre volume, de légère ou de moyenne consistance, son écrasement préalable doit être fort utile. Mais si la pierre offre un très-fort volume et une grande résistance, l'emploi d'un puissant percuteur deviendra nécessaire, l'action du marteau dangereuse, et les manœuvres multipliées d'extraction graves, surtout à travers le périnée. Ce sont là des conditions peu favorables au succès de la cystotomie préalable, mais qui sont heureusement restreintes à des cas exceptionnels.

Du reste, les avantages de la fragmentation des calculs ont dû être reconnus dès la plus ancienne époque de l'art. Soit à la suite d'un écrasement accidentel, soit par nécessité, soit enfin par simple réflexion, les chirurgiens ont été bien des fois amenés à tenter le broiement de la pierre après la taille. Eloigner les dangers d'une incision étendue du col vésical est une indication tellement importante, qu'elle a dû suggérer l'idée de la fragmentation du corps étranger. On comprend aussi que l'objection principale contre cette manière d'agir, celle qui a trait au danger des manœuvres multipliées d'extraction, et du séjour de débris dans la vessie, ait été soulevée en même temps.

Aussi voyons-nous dès la plus haute antiquité le broiement de la pierre après la taille être mis en œuvre. « Si la pierre est si grosse qu'on ne puisse la tirer sans déchirer le col de la vessie, dit Celse, il faut la fendre en deux avec un ciseau ; on doit l'invention de cette méthode à Ammonius, qui fut pour cela surnommé Lithotome. » Nous n'affirmerions pas que cette fragmentation des calculs ne soit plus ancienne encore, et qu'elle n'ait suggéré la dénomination de lithotomie donnée à la taille, sans doute à raison de l'habitude des opérateurs des temps les plus reculés, de diviser ainsi les pierres d'un fort volume. Guy de Chauliac, qui décrit la taille d'après Avicenne, ne parle point du broiement ; mais il conseille, d'après Albucasis, de briser les calculs arrêtés dans l'urètre

au moyen d'une tarrière. Pour rompre les pierres dans la vessie après l'ouverture du périnée, Paré inventa une espèce de tenette. Fabrice de Hilden, frère Côme, etc., ont proposé des instruments de ce genre. Nous voyons même Dionis considérer comme une des fins de la taille de briser les pierres quand elles sont trop grosses, et qu'on peut plus commodément les dégager des parties. Durant la vie de Scarpa, des manœuvres de cette espèce avaient lieu, car le célèbre professeur de Pavie s'exprima en ces termes au sujet de quelques insuccès du haut appareil. « Parce que certains chirurgiens ne se sont décidés à pratiquer la taille hypogastrique qu'après avoir irrité la vessie par de longues et inutiles tentatives pour faire passer le calcul par le périnée, ou pour le briser afin d'en faciliter l'extraction par cette voie. »

L'idée de fragmenter les calculs, ou l'association du broiement à la taille, a dû subir les vicissitudes de l'art de traiter les calculeux. Depuis l'antiquité jusqu'en ces dernières années, on employait des ciseaux ou des tenettes à cet usage; dès que les instruments du broiement par les voies normales ont été inventés, l'on a dû les utiliser pour la combinaison chirurgicale dont nous parlons. En effet, dès 1827, le professeur A. Dubois en faisait de nouveau la proposition au soin de l'Académie de médecine. A la même époque, M. Civiale en tentait l'application sur un enfant, l'employait ensuite sur plusieurs malades, et la préconisait dans l'un de ses écrits. Dupuytren, qui s'en était d'abord montré peu partisan, comme de la lithotritie elle-même, en approuvait l'idée en 1830.

Deux ans après, un chirurgien anglais, King, la vantait comme une chose nouvelle. Le professeur Dudley, du Kentucky, en faisait une heureuse application vers 1840; Nott en montrait les avantages en Angleterre en 1843. Elle était mise en œuvre, en 1844, par M. Pétrequin, sur une femme, et par plusieurs autres chirurgiens. Du reste, dans tous les cas relatifs à l'homme, on avait employé le broiement à travers une ouverture préalable du périnée. Mais dès 1834, M. le docteur Franc, à Montpellier, proposait de pratiquer la lithotritie à travers une ponction faite à l'hypogastre et transformée progressivement en fistule.

Ainsi, la fragmentation de la pierre effectuée bien des fois, mais par accident, fut tour à tour vantée et rejetée à diverses époques de l'art. Les anciens et la plupart des modernes y ont employé des tenettes plus ou moins puissantes; on a dû naturellement la réhabiliter au moment de l'invention de la lithotritie, et y appliquer les instruments propres à cette méthode opératoire. Toutefois, une

remarque importante doit être consignée en ce moment : c'est que dans cette combinaison du broiement et de la taille, l'on a jusqu'ici effectué d'abord l'ouverture du périnée ou de la vessie, afin d'introduire dans cet organe les instruments de lithotritie. Il est un autre mode opératoire que nous venons préconiser, non plus comme une opération non prévue, déjà plusieurs fois tentée, et nécessitée par des obstacles constatés après les tentatives de lithotritie, mais comme méthode générale et d'après un plan combiné. Leroy, Civiale, etc., ont conseillé aussi de tenter la lithotritie pour savoir jusqu'à quel point elle est applicable dans les cas douteux, sauf à recourir à la taille ensuite. Mais encore ici ce n'est pas en vue de combiner l'une ou l'autre méthode, et afin de diminuer le volume du calcul pour le faire passer à travers une ouverture plus étroite du périnée. Toutefois, même à ce point de vue, la critique de Heurteloup sur cette précaution opératoire ne nous parait pas judicieuse. La combinaison thérapeutique dont nous venons parler consiste à pratiquer à peu près constamment le broiement de la pierre à travers les voies normales avant de recourir à l'ouverture de la région prostatique chez l'homme ou du col vésical chez la femme. Cependant nous avons été témoin de plusieurs essais de cette dernière espèce, qui ne semblaient pas d'abord lui être favorables.

Obs. I. *Calcul vésical volumineux. — Mort. — Essais de broiement sur le cadavre. — Taille nécessaire. —* Au mois de janvier 1836, vint mourir en peu de jours, dans le service des blessés, un homme âgé de soixante-douze ans, portant un calcul vésical et une hernie inguinale volumineuse. Après avoir disséqué la hernie et avoir constaté les graves désordres dont les reins étaient le siége, le chirurgien en chef reconnaît la présence d'un calcul volumineux dans la vessie fortement rétractée. Au moyen du percuteur de Heurteloup et d'un marteau, il s'efforce de briser cette pierre. A plusieurs reprises il introduit, retire l'instrument, et injecte du liquide dans la cavité vésicale. Mais enfin il ne peut plus engager ni le percuteur ni une sonde, soit pour poursuivre l'écrasement fort peu avancé malgré la violence des manœuvres, soit pour constater le résultat de celle-ci. Il se voit donc obligé d'ouvrir à l'hypogastre la vessie pour en extraire la pierre, dont la coque friable a été seule détachée. Ce calcul avait la forme d'un ovoïde applati, le volume d'un œuf de dinde, une grande consistance et un noyau noirâtre. Le canal de l'urètre offrait une couleur cramoisie et des déchirures dans sa partie membraneuse, où un

grand nombre de graviers s'étaient amassés. La prostate présentait le volume d'une orange ordinaire, des lobes latéraux bien distincts, et un tissu d'apparence normale.

Une pareille opération, faite sur le cadavre, n'a certainement pas une grande importance. Néanmoins, elle montre ce qu'une semblable manière d'agir pourrait avoir de sérieux. Quelles ne seraient pas, en effet, les graves conséquences de l'écrasement d'une pierre porté immédiatement si loin, même à travers une ouverture du périné, en vue d'extraire ensuite les fragments par la taille? Il vaudrait mieux agir avec bien plus de ménagement. Nous avons eu nous-même un exemple analogue au mois d'avril 1854, sur un homme adulte, depuis longtemps tourmenté d'un calcul très-dur et du volume presque du poing. Désirant le réduire en plusieurs gros fragments susceptibles d'être retirés à la faveur de la cystotomie, nous eûmes recours à un brise-pierre de fort calibre. La percussion fut exercée sept fois dans la même séance; néanmoins, n'ayant pu obtenir aucun éclatement du corps étranger, nous dûmes abandonner notre projet pour songer à la taille hypogastrique. Mais cet homme, souffrant beaucoup de la vessie, voulut revenir à son pays, où il succomba, nous dit-on, peu de temps après, autant par suite des manœuvres de lithotritie peut-être que de l'altération ancienne des organes urinaires.

Néanmoins, nous devons reconnaître que la fragmentation d'une pierre de médiocre ou de fort volume, effectuée en plusieurs séances courtes et ménagées, est une condition très-favorable à la réussite de la cystotomie, qui est nécessaire d'abord ou peu de jours après. Si, sur le cadavre du vieillard dont nous avons parlé plus haut, le célèbre chirurgien éprouva de grandes difficultés et causa de graves désordres, en 1857, sur M. Aldebert, il obtint, grâce à plus de ménagements, un succès complet par la taille latéralisée pratiquée quelques temps après plusieurs séances de lithotritie, qui avaient réduit en d'assez nombreuses parcelles un calcul volumineux, mais d'une consistance médiocre. Nous avons vu du reste, par l'une de nos précédentes observations, que la nouvelle méthode procure cet avantageux résultat quand la pierre offre une résistance modérée. Aussi nous ne doutons pas qu'un malade qui succomba rapidement à cette opération n'eût été sauvé si, au lieu d'être très-durs, les deux calculs eussent cédé sous la pression du fixe-pierre : l'incision eût été plus restreinte, et l'infiltration d'urine ne serait pas survenue. On verra plus loin, par un exemple remarquable, que les premiers effets de broiement peuvent encore procurer l'avantage

d'achever ainsi le traitement d'un malade que l'on pensait devoir soumettre bientôt à la cystotomie.

D'après les données historiques formulées précédemment, il suit que l'on a déjà associé le broiement de la pierre à la taille par plusieurs procédés différents. Tantôt on brisait le calcul à l'aide d'un ciseau ou de fortes tenettes à travers la plaie ordinaire faite au col de la vessie et au moment de l'extraction; tantôt on effectuait ce broiement à travers une petite ouverture pratiquée dans cette vue, soit au périnée, soit à l'hypogastre. Enfin on doit, selon nous, réduire d'abord le volume de la pierre à la faveur d'une ou de plusieurs séances de lithotritie, faites selon les règles propres à cette opération, et, le cas l'exigeant, retirer ensuite le noyau ou les fragments restants à travers une incision de la région prostatique.

Le premier procédé ne peut être applicable aujourd'hui, comme dans l'antiquité ou aux siècles précédents, qu'aux cas où le calcul se trouve plus volumineux qu'on ne l'avait supposé d'abord. C'est donc un mode exceptionnel et en quelque sorte accidentel. Et encore vaudrait-il mieux y employer un percuteur de Heurteloup. Le deuxième procédé, qui consiste à aller briser la pierre à travers une boutonnière faite d'abord au périnée, nous paraît grave, surtout pour les malades adultes ou plus ou moins avancés en âge. Sans doute, quand il se trouve au périnée une fistule déjà ancienne qui permet l'introduction directe d'un lithotriteur dans la vessie, l'engorgement plastique qui existe déjà dans ce trajet pathologique prévient communément l'inflammation du tissu cellulaire et celle des veines. Mais quand ce travail plastique ne s'est pas déjà formé depuis quelque temps, et surtout que l'on traite un malade d'un certain âge, il nous a paru trop dangereux d'avoir recours à ce premier mode opératoire. Nous écrivons ces lignes sous l'impression du fait suivant.

Obs. I. *Vieillard. — Calcul volumineux. — Plusieurs séances de lithotritie ordinaire. — Taille au fixe-pierre. — Phlébite. — Mort.* — Poursine, Jean-Antoine, cultivateur, âgé de cinquante-huit ans, né à Lecuna (Hérault), offrant une constitution affaiblie, vient à l'Hôtel-Dieu le 25 mai 1862. A l'aide du cathétérisme, nous constatons chez cet homme l'existence d'un calcul volumineux dans la vessie; l'exploration du rectum démontre une hypertrophie de la prostate; les urines déposent un sédiment muqueux.

30 mai. Après avoir soumis ce malade à quelques moyens préparatoires, et voulant d'abord diminuer le volume de la pierre, nous procédons à une première séance de lithotritie, qui donne l'existence d'un calcul ayant près de 3 centimètres à l'un de ses principaux diamètres, une consistance moyenne à ses couches extérieu-

res, des fragments d'un jaune rougeâtre constitués par de l'acide urique pur. Dans la soirée, cet homme éprouve de la fièvre, il rend plusieurs graviers (diète, bains, tisanes émollientes, onctions anodines sur l'hypogastre, potion narcotique).

1er juin. Cet homme accuse des douleurs au bas-ventre ; du reste, calme assez satisfaisant, il a rendu plusieurs graviers (mêmes prescriptions).

4. Deuxième séance de lithotritie ordinaire; cet homme rend un certain nombre de graviers pendant la journée ; il accuse des souffrances, de la fièvre, de la diarrhée (régime sévère, lavement émollient, potion morphinée, frictions anodines sur l'hypogastre).

19. Le trouble général, la diarrhée, les sédiments de l'urine, nous faisant craindre pour les suites de nouvelles séances de broiement, nous nous décidons à extraire le noyau du calcul à la faveur de la taille au fixe-pierre, qui nécessitera une ouverture étroite et éloignée du col de la vessie. En conséquence, nous pratiquons cette opération selon les règles plusieurs fois exposées précédemment. L'instrument retrouve le calcul, qui offrait encore près de 3 centimètres dans son diamètre choisi, mais qui, par son écrasement, laisse entre les mors un fragment de 12 millimètres environ. Ainsi nous faisons l'extraction de ce fragment après l'incision des chairs extérieures, qui nous a conduit à lier trois petites artères.

Pour enlever les restes de ce calcul brisé ainsi au moment de cette opération, nous tentons d'introduire une pince à pansement à travers la plaie faite à la portion membraneuse de l'urètre. Mais comme cette ouverture est étroite, et n'intéresse presque pas la prostate, nous éprouvons alors des difficultés qui nous obligent à porter plusieurs fois dans le canal des instruments divers, notamment une sonde canelée qui nous sert à engager la pince avec laquelle nous saisissons les restes de la pierre. Une nouvelle introduction de la pince a pour but d'explorer la vessie et d'y reconnaître l'absence de tout fragment.

Alors nous portons dans la vessie une sonde à travers laquelle nous poussons une forte injection d'eau tiède, qui reflue par la taille sans entraîner de graviers.

De la teinture pure d'iode est portée dans l'angle inférieur de la plaie, afin d'y provoquer une plasticité hâtive; un morceau d'amadou y est ensuite introduit pour prévenir tout écoulement de sang ; enfin cet homme est transporté dans son lit et disposé convenablement (diète, potion morphinée, infusion de tilleul).

Vers midi, ce malade éprouve un violent frisson suivi de chaleur; vers trois heures, son pouls est fréquent et fort; il n'accuse ni nausées, ni douleurs au bas-ventre; l'urine s'écoule par la plaie et par la verge. Le soir, cet homme se sent gêné par l'appareil de pansement, que nous enlevons, en laissant seulement le morceau d'amadou dans la plaie.

20. Pouls légèrement fréquent, peau moite, repos assez satisfaisant, pas de frissons (frictions anodines sur l'abdomen, diète, tisane émolliente, potion morphinée).

21. Même état ; mêmes prescriptions.

22. Quoique légère, la fièvre continue, sans souffrances à l'abdomen; le malade accuse des douleurs au mollet gauche, qui est tuméfié et sensible à la pression (diète, boissons émollientes, frictions mercurielles sur l'hypogastre et sur le mollet gauche).

23. Ce mollet est davantage tuméfié; il existe de l'œdème dans tout le membre inférieur gauche. Nous pratiquons une ponction sur le point tuméfié du mollet sans en faire sortir de liquide. De l'érythème existe à la verge et au scrotum, de l'emphysème le long des vaisseaux de la cuisse. Le ventre est sans douleurs, même à la pression, mais un peu météorisé. Cet homme se plaint de dyspnée, quoique l'exploration de la poitrine n'y dénote aucune lésion; fièvre continue (bouillon de pain, tisane de chiendent, potion morphinée, onctions mercurielles sur la jambe lésée et sur l'abdomen, lavement). Vers midi, cet homme est saisi de frissons violents, qui durent vingt minutes environ et sont suivis de chaleur et de sueurs. La respiration est bruyante, l'intelligence un peu troublée, les traits tirés, les lèvres tremblantes. Du reste, aucun symptôme du côté de l'abdomen. L'urine coule par la plaie, qui fournit du pus de mauvais aspect (potion avec 1 gramme de sulfate de quinine, vésicatoire au bras).

24. Hier au soir à dix heures, et ce matin à trois et à cinq heures, cet homme est pris de nouveaux frissons assez prolongés; le ventre est souple, la peau moite, la crépitation évidente dans le tissu cellulaire des deux cuisses; vomissements répétés; les urines s'écoulent par la plaie; on sent les veines de la cuisse et de la jambe pleines et noueuses (mêmes prescriptions).

25. Les caractères de la phlébite du membre inférieur sont des plus prononcés; ventre souple; délire; le coude droit est tuméfié et fluctuant; nouveaux frissons; agonie; mort à midi.

Cet homme se trouvait à l'Hôtel-Dieu en qualité de malade payant et entouré de sa famille; il nous a été impossible d'en faire la nécropsie, malgré toutes nos instances.

L'étude de cette observation ne permet pas de douter que cet homme n'a présenté aucun phénomène d'infiltration profonde d'urine ni de péritonite, mais tous les caractères de la phlébite de la région prostatique et du membre inférieur gauche. Nous lisons un fait à peu près identique quant aux accidents, publié en 1829 par le docteur Hervez de Chégoin, et où la nécropsie fournit les détails qui peuvent servir de complément à notre observation. La veine saphène interne, qu'on avait soupçonnée malade, dit l'auteur, était intacte; la veine tibiale postérieure contenait du pus roussâtre, elle était épaissie et remplie en haut de caillots mêlés à divers degrés de pus ou de fausses membranes, quoique la tunique interne fût à peine colorée. La vessie était petite et offrait des parois très-épaisses; la prostate très-hypertrophiée; un abcès existait sous la région prostatique.

Il est à regretter que, dans cette nécropsie, il ne soit pas fait mention de l'état des veines, des viscères, du péritoine enfin, qui certainement se trouvait intact chez notre opéré. Nous devons admettre que non-seulement le coude droit, mais encore plusieurs jointures, les poumons, etc., devaient contenir des dépôts purulents. Quoi qu'il en soit, nous avons à nous demander la cause de cette phlébite qui a déterminé la mort de cet homme. Il nous a paru que l'introduction répétée de plusieurs instruments pouvait être considérée comme la principale raison de l'irritation et de la phlogose du col de la vessie, et par suite des veines du membre inférieur. Après l'extraction d'une portion du calcul à l'aide du fixe-pierre, la recherche de l'ouverture de la région prostatique au moyen de pince à pansement, de bougie élastique et de la sonde cannelée, l'extraction du second fragment, l'exploration de la vessie pour s'assurer de l'absence de tout débris au sein de cette cavité, ont pu provoquer des irritations dangereuses. L'action de la teinture d'iode, dont on se sert si souvent avec avantage dans les plaies, les abcès, les veines même, ne nous semble pas capable de déterminer une pareille inflammation.

Malgré l'avis contraire d'Hervez de Chégoin, le fait qu'il publie nous paraît confirmer la remarque précédente. En effet, ce chirurgien agrandit la taille au moyen du doigt, du bouton; la pierre échappe aux tenettes, et l'extraction est renouvelée. Nous avons observé un opéré qui fut pris de phlébite du membre abdominal par l'effet de manœuvres de lithotritie; Blandin a rapporté un fait semblable. Le même résultat a parfois suivi l'opération de la cystotomie plus ou moins laborieuse; Gendrin en mentionne trois exemples, et il nous serait facile d'en grossir le nombre en consultant les annales de l'art.

Nous craindrions donc que l'irritation répétée produite par les manœuvres de la lithotritie à travers une plaie faite au moment même à la région prostatique et membraneuse de l'urètre, ne déterminât un accident pareil à celui dont notre opéré a été victime; et cela plutôt que si le broiement était effectué à travers les voies normales. Les faits que M. Pétrequin et d'autres chirurgiens ont publiés en faveur de ce mode d'association de la taille et de la lithotritie, se rapportent à des malades jeunes et ne plaident pas également pour les calculeux adultes ou avancés en âge. Nous n'avons pas, il est vrai, touchant le procédé que nous préférons pour cette combinaison, des faits ni suffisamment nombreux ni directement probants. Ce sont des présomptions sérieuses qui se joignent au peu de con-

fiance qui nous paraît inspiré par les motifs invoqués en faveur du mode opératoire opposé.

On pourrait prétendre que la longueur des instruments de lithotritie pratiquée par le méat urinaire en affaiblit la puissance. Ce serait une erreur évidente, car la longueur d'un levier, loin de diminuer sa puissance d'action, l'augmente proportionnellement. La longueur de l'instrument est, du reste, la même à travers le méat urétral ou à travers une boutonnière périnéale. D'ailleurs, quand on peut refouler la verge contre le pubis, l'intervalle entre les mors du lithotriteur armé d'un calcul vésical et le point des branches mis à découvert offre peu de différence dans l'une et l'autre circonstance. La préhension de la pierre à travers le périnée n'est guère plus facile que par les voies normales, vu la forme recourbée du mors du brise-pierre. Si la préhension du calcul s'effectue assez aisément après les tailles prostatiques, c'est que les tenettes dont on se sert alors sont droites ou presque droites. La forme courbe de l'extrémité du Heurteloup n'a pas eu seulement pour avantage sur les instruments droits de s'adapter beaucoup mieux à la courbure sous-pubienne de l'urètre, mais encore de s'accommoder aussi bien à la concavité de la vessie et à la dépression dans laquelle l'instrument fait rouler le corps étranger. A la vérité, on a prétendu qu'il est plus avantageux de recourber les mors du Heurteloup de manière à aller saisir ou pincer le calcul et ses fragments ; cette manœuvre contre le danger de laquelle le lithotriteur a été perfectionné, est bien plus propre à faire pincer les parois de la vessie.

Il est évident que la sortie des fragments d'un calcul serait plus facile à travers l'incision faite à la région prostatique pour la taille ordinaire qu'à travers le canal de l'urètre. Mais il n'en est pas de même quand il s'agit d'une simple ouverture de la portion membraneuse ; l'introduction de petites tenettes ou de pinces étroites doit être répétée, et les fragments doivent être autrement arrêtés à cet étroit passage. On pourrait encore invoquer l'innocuité à peu près constante de la lithotritie par l'urètre de la femme; mais la parité n'est pas complète, vu l'imminence de phlogose et de phlébite sous l'influence de la lithotritie et des manœuvres d'extraction répétées après la plaie périnéale.

Nous ne prétendons point que cette manière d'agir ne donne pas des avantages sur la taille ordinaire, mais nous sommes d'avis qu'elle en présente moins que le procédé opératoire que nous préférons. Nous ne nous dissimulons pas toutefois les objections dont notre sentiment est susceptible. En faisant la taille périnéale après

avoir pratiqué plusieurs séances de broiement par les voies normales, on s'expose à plusieurs des inconvénients et des dangers de l'une ou de l'autre de ces méthodes de traitement. Néanmoins, on remarquera qu'en donnant à l'incision du col vésical des dimensions suffisantes, seulement pour laisser extraire le noyau ou des fragments d'une pierre déjà beaucoup réduite, on éloigne le danger principal, l'infiltration d'urine qui provient surtout de l'étendue plus grande de cette même incision. Cette dernière peut aisément livrer passage à des fragments assez forts d'une pierre d'un médiocre ou d'un gros volume et dont une grande partie a été déjà expulsée par les voies normales à la suite de plusieurs séances de lithotritie. Du reste, la dilatation de l'urètre, effectuée à l'aide d'instruments divers, permet souvent l'expulsion sans accident de fragments nombreux et très-gros, même chez des malades atteints de rétrécissement de ce canal que l'on a dû dilater préalablement ; notre service nous en fournit un exemple récent et remarquable.

(*La fin au prochain numéro.*)

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Sirop de baume de copahu.

M. le docteur Trideau a adressé récemment à l'Académie de médecine un mémoire sur le traitement du croup et de l'angine couenneuse par le baume de copahu. Ce médecin ayant fait mention d'une préparation qui lui a permis de triompher de la répugnance des enfants pour ce médicament, M. Du May, pharmacien à Laval, s'est empressé de produire la formule de ce sirop.

| | |
|---|---|
| Pr. Baume de copahu de Cayenne......... | 167 grammes. |
| Magnésie calcinée..................... | 9 grammes. |
| Sirop simple......................... | 520 grammes. |
| Jaunes d'œufs........................ | N° 4. |

Triturez les jaunes d'œufs avec la magnésie et ajoutez, après mélange intime, le copahu, puis le sirop.

Cette préparation, suivant son auteur, se conserve très-bien, elle n'a aucune saveur et se digère parfaitement.

Pour faire cesser certaines répugnances dues aux propriétés connues du copahu, M. Du May propose d'en changer la dénomination, de donner à cette préparation le nom de sirop au baume du Brésil.

### Préparation d'un sirop de pepsine.

Aucune formule de sirop de pepsine n'ayant encore été donnée, et cette forme médicamenteuse répondant à certaines indications, M. Dorvault nous propose la suivante :

| | |
|---|---|
| Pepsine médicinale...................... | 25.0. |
| Eau distillée............................ | 50.0. |

Triturez dans un mortier la pepsine avec l'eau distillée; mettez le mélange dans un matras que vous tiendrez au bain-marie (ne dépassant pas 40 degrés) une couple d'heures, et agitez de temps en temps.

Ajoutez ensuite :

| | |
|---|---|
| Alcoolat de Garus....................... | 50.0. |

Agitez, laissez déposer, filtrez et mêlez avec :

| | |
|---|---|
| Sirop simple............................ | 900.0. |

L'addition de l'alcoolat de Garus a pour but de masquer l'odeur animalisée de la pepsine, d'aider à la conservation du sirop, et aussi de déterminer un peu d'excitation sur les malades, débilités pour la plupart, qui font usage de la pepsine.

Dose : Une cuillerée à potage après chaque repas.

---

### Préparation de l'alkolène, nouveau collodion sans éther.

La pyroxyline employée pour cette préparation est soluble dans l'alcool et s'obtient, d'après M. Th. Sutton, de la manière suivante :

Dans un vase en porcelaine pouvant contenir environ 625 grammes de liquide, on verse d'abord 100 grammes d'acide sulfurique d'une pesanteur spécifique de 1,83, et l'on y ajoute ensuite 80 grammes d'acide nitrique d'une pesanteur spécifique de 1,400. Le vase de porcelaine est placé dans un autre vase contenant de l'eau bouillante, et lorsque le mélange acide a atteint une température d'environ 77° centig., on y introduit de l'ouate de première qualité, bien blanchie et finement épluchée, en quantité telle qu'on peut la remuer et la travailler facilement avec une baguette de verre, et on la laisse en contact avec le liquide pendant cinq minutes, en comptant à partir de l'immersion des derniers flocons d'ouate.

Alors on décante rapidement le liquide, on jette la pyroxyline dans un vase rempli d'eau, et on la lave à diverses reprises avec de nouvelle eau. Après plusieurs lavages successifs, on fait séjourner la pyroxyline pendant toute une nuit dans l'eau, on la lave en-

suite de nouveau à plusieurs reprises, on l'étale et on la laisse sécher.

Le succès de l'opération dépend surtout de la qualité des acides employés, qui doivent avoir le degré de concentration indiqué plus haut. La pyroxyline obtenue est très-courte et sous forme de grosse poudre; c'est pourquoi il faut la laver avec beaucoup de soin pour éviter les pertes. Lorsqu'elle est sèche, on la met dans un flacon dans lequel on verse de l'alcool jusqu'à ce qu'elle soit bien recouverte de ce liquide, on secoue le flacon jusqu'à ce qu'on obtienne une solution épaisse, qu'on conserve pour l'usage.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Quelques remarques sur le phimosis et son traitement chez les enfants.

L'étroitesse du prépuce est de tous les vices de conformation congénitale le plus fréquent; et, dans certaines contrées, il entraîne de si nombreux inconvénients, qu'on a vu le législateur de la nation juive ne pas hésiter à faire de la circoncision une pratique religieuse.

Le phimosis ne se rencontre pas moins souvent dans nos contrées, et quelques chirurgiens, se basant sur les avantages que les israélites retirent de cette opération, voudraient la voir introduire chez nous à titre de mesure hygiénique. C'est un point de vue que nous ne voulons pas discuter ici; nous reconnaissons toutefois que certains praticiens repoussent avec trop de persistance le traitement curatif de cette infirmité.

Le phimosis présente des différences assez considérables : ainsi, tantôt le prépuce est long et rétréci, d'autrefois il est court, mais toujours rétréci. Lorsque l'orifice est fort étroit, l'urine s'accumule entre le gland et le prépuce, dilate celui-ci, et les enfants se livrent à des efforts considérables pour faciliter l'écoulement du liquide. Dans ces cas, une petite quantité d'urine reste emprisonnée et provoque une inflammation répétée de la muqueuse; de là la production ou de sécrétions ou de fausses membranes qui provoquent l'adhérence du gland et du prépuce.

Alors même que l'ouverture du prépuce laisse libre le méat urinaire, tout danger n'a pas disparu, si la miction se produit sans obstacle; l'enfant est quelquefois porté à mettre le gland à nu, et

pour peu qu'il laisse cet organe découvert, un étranglement survient et amène un paraphimosis.

Si les prépuces étroits se dilatent le plus souvent d'une manière graduelle à mesure que l'enfant se développe, il est loin d'en être toujours ainsi. Dans les cas ou le prépuce est long et son ouverture très-étroite, il n'y a aucune chance pour que l'orifice s'ouvre naturellement et finisse par permettre de découvrir le gland. Même lorsque cet orifice n'est pas très-fortement rétréci, on voit encore fréquemment des sécrétions se produire et devenir une cause incessante de balanites. Ajoutons, enfin, que tous les glands habituellement recouverts sont plus impressionnables et plus aptes à contracter des inflammations herpétiques ou vénériennes.

En présence de semblables éventualités, on comprend qu'il serait regrettable de ne pas intervenir ; aussi, pour nous, dès que nous avons constaté quelques accidents de balanite, nous n'hésitons pas à opérer le phimosis. Nous le faisons même dans les cas où l'ouverture du prépuce ne permet de découvrir le gland qu'imparfaitement et expose les enfants au paraphimosis. Une dernière circonstance qui nous invite à agir est lorsque nous avons lieu de soupçonner que ces enfants se livrent à la masturbation. L'opération, dans ces cas, agit sur le moral du petit malade en même temps qu'elle le met dans l'impossibilité de se toucher la verge pendant plusieurs jours de suite. Si cette pratique n'a pas toujours atteint le but que nous nous proposions, elle nous a réussi assez souvent pour que nous ne craignions pas d'engager nos confrères à suivre notre exemple.

L'opération du phimosis peut se faire à tout âge : nous la pratiquons rarement avant celui de quatre ou cinq ans, parce que seulement à cette époque il est possible de juger si l'ouverture du prépuce finira par se dilater assez pour découvrir le gland.

Les procédés opératoires dont le chirurgien peut faire choix appartiennent à deux méthodes principales : la circoncision, et le simple débridement.

Quand le prépuce est exubérant, il faut recourir à la première ; lorsque le prépuce n'est pas trop long, on peut se contenter de mettre en œuvre la seconde.

Pour la circoncision chez les adultes, on peut employer indifféremment les procédés de M. Ricord et de Vidal (de Cassis), ou celui de M. Chassaignac ; chez les enfants, nous préférons en général mettre en pratique celui de M. Bonnafont. Il consiste à introduire dans l'orifice du prépuce un dilatateur qui permet d'ouvrir et d'étendre le prépuce, on emploie ensuite des ciseaux pour faire d'un

seul coup la section en avant du gland, dont on ménage la surface. Par ce procédé, la peau du prépuce et la muqueuse qui le tapisse se trouvent tranchées sur la même ligne, et le gland largement découvert. Nous plaçons ensuite des serres-fines en plus ou moins grand nombre, pour réunir la peau au bord de la muqueuse. Dans l'espace de vingt-quatre heures, on obtient souvent une réunion par première intention et on peut enlever les serres-fines.

La pose des serres-fines demandant un temps assez long, on fait bien de chloroformer l'enfant et on prolonge l'anesthésie pour faire l'application des serres-fines. Dans le cas où l'on ne voudrait pas chloroformer le petit patient, le temps qu'on emploie à placer les serres-fines est si considérable, qu'on devra se contenter d'appliquer le pansement suivant :

Une compresse de linge fenêtré, taillée en croix de Malte, présentant au centre un trou assez large pour y engager le gland, mais sans l'étrangler ; on repousse en arrière de la base du gland le prépuce à l'aide de cette compresse, on applique par-dessus une couronne de charpie, en laissant toujours le gland à découvert, enfin une nouvelle compresse trouée au centre permet de rejeter tout le pansement en arrière, en découvrant toujours le gland sans l'étrangler ; un suspensoir complète l'appareil. De cette manière le malade, en se mettant debout ou à genoux, peut uriner sans mouiller son pansement. Il est important de ne lever ce pansement qu'au bout de quarante-huit heures, en mettant l'enfant dans un bain ; on détache alors doucement les diverses pièces d'appareil pendant que le malade est dans l'eau pour éviter la douleur. Rarement on obtient une cicatrice prompte, et tous les jours il faut renouveler le pansement avec soin pour éviter le retour du prépuce sur le gland, jusqu'à parfaite cicatrisation ; c'est en négligeant cette précaution qu'on voit quelquefois une récidive se produire et réclamer une nouvelle opération. On évite toujours cet écueil en faisant soi-même les pansements : comme ils sont douloureux pour les enfants, ils se trouvent mal faits par les personnes étrangères à notre art et qui craignent de les faire pleurer. Ce sont surtout ces soins consécutifs qui font le succès de l'opération bien plus que tel ou tel procédé opératoire.

Lorsque le prépuce n'est pas trop long, il est inutile de faire la circoncision. Le débridement du prépuce en avant ou en arrière, le long du frein, laisse des difformités ; il vaut mieux pratiquer des débridements multiples, ou bien faire une excision triangulaire d'une portion du prépuce de la manière suivante : on passe une branche de pince à artères sous le prépuce jusqu'à la base du gland, on fait

avec des ciseaux deux incisions de manière à circonscrire un triangle sur la face dorsale du prépuce, le sommet du triangle correspondant à la couronne du gland et sa base au limbe du prépuce; de cette manière on a une large échancrure, qui donne à l'orifice du prépuce une ouverture de forme ovale; on fait ensuite le pansement, soit avec les serres-fines, soit avec l'appareil que j'ai indiqué.

Nous ne donnons ici que les procédés qui nous paraissent le mieux réussir chez les enfants, sans rejeter cependant ceux conseillés par MM. Ricord, Vidal (de Cassis) et Chassaignac, procédés qui ont chacun leur valeur, mais que nous regardons comme plus convenables pour les adultes.

Nous devons, pour compléter ce sujet, dire qu'il existe quelquefois chez les enfants une complication, assez commune chez ceux qui ont un phimosis, même avec une ouverture du prépuce assez considérable : ce sont les adhérences qui se développent entre le gland et la face interne du prépuce. Elles sont ordinairement très-minces, très-faciles à détruire, et l'on peut, avec l'extrémité mousse de la pince ou des ciseaux fermés, les séparer très-facilement.

Il arrive souvent chez les enfants, dont l'orifice du prépuce n'est pas complétement rétréci, que ceux qui se livrent à la masturbation rejettent quelquefois le prépuce en arrière de la base du gland et ne peuvent plus le ramener : il y a paraphimosis. Dans ce cas, nous commençons toujours par le réduire avant de songer à opérer le phimosis; cette réduction nous a presque toujours paru facile en mettant en pratique le procédé de Dupuytren.

Ce procédé de réduction consiste à envelopper toute la verge, le gland et le bourrelet formé par le prépuce, avec une compresse enduite de cérat ou d'huile, à saisir à pleine main par-dessus la compresse qui comprime déjà l'organe, et à serrer graduellement en ramenant à soi le bourrelet qui franchit le gland, attendu que lui-même, étant comprimé, prend une forme conique qui lui permet de rentrer par où il était sorti. Des compresses imbibées d'eau froide, des lotions d'eau blanche, suffisent pour faire disparaître le gonflement des parties.

Ce procédé est douloureux; mais, d'une part, il permet la réduction complète, et d'autre part, la douleur provoquée sert toujours de leçon qui peut profiter aux enfants et les guérir de leur mauvaise habitude : plus tard, il y a souvent lieu de les opérer du phimosis.

GUERSANT,
Chirurgien des hôpitaux.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité de la diphthérie du larynx, — croup.* Par M. le docteur Auguste Millet (de Tours), professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours, médecin de la colonie agricole et pénitentiaire de Mettray, etc.; ouvrage couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Quand une maladie, comme il en existe plusieurs dans le cadre nosologique, semble, par le bénéfice du temps, diminuer de fréquence et de gravité, on conçoit qu'elle entre moins dans les préoccupations des esprits qui s'appliquent à l'avancement de la science. Par la même raison, vienne, au contraire, une affection qui tous les jours semble grandir et menacer davantage la vie, elle attire dès lors tous les regards, et les travaux qui ont pour but de la scruter plus profondément, se multiplient, et laissent au moins concevoir l'espérance que la lumière se fera sur quelques-uns des points les plus obscurs de son histoire. Il en a été ainsi, il en est encore ainsi, et c'est l'honneur de la médecine, de la diphthérie, et pour nous borner à sa localisation la plus grave, il en a été ainsi, et il en est encore ainsi du croup.

On peut de partout, hélas! aujourd'hui écrire pertinemment sur la diphthérie, mais il semble que, par un privilége peu enviable, la Touraine soit aujourd'hui encore le pays de France où la maladie se montre le plus fréquemment et sous ses formes les plus graves; aussi, bien nombreux sont les travaux qui, sous divers millésimes, ont été produits par les médecins de cette partie de notre pays, sur l'une des mille questions qui se posent à propos de cette grave affection. La tradition de l'immortel Bretonneau vit presque toujours au fond de ces travaux de valeur diverse, et presque tous sont marqués du trait de profonde originalité qui distingue la pathogénie de l'illustre et regrettable médecin de Tours. Quand une idée survit ainsi à l'homme qui l'a conçue, et se transmet, comme un patrimoine sacré, à toute une génération de médecins laborieux, soyez sûr que cette idée est un écho vrai de la voix de la nature; le temps pourra la développer, l'expurger même de quelques erreurs qui ont pu s'y mêler, car la vérité, en traversant le cerveau humain, court risque de s'y altérer, et de n'en sortir que sous forme de rayons à demi brisés; mais il respectera ce qu'il y a de vrai dans l'intuition du génie, et l'éternisera dans la mémoire des hommes.

M. le docteur Millet, lui aussi, a voulu apporter son grain de

sable à l'histoire de la diphthérie, telle que l'a conçue Bretonneau, dont il n'est pas un des élèves les moins distingués ; et le livre dont il s'agit en ce moment, et que recommande déjà l'appréciation de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, est le contingent qu'apporte à cette étude intéressante le savant médecin de la colonie de Mettray.

L'historique qui précède la monographie du médecin distingué de Tours est un des plus complets que nous connaissions. Les médecins de l'école de Bretonneau, nous dirions presque dans leur culte pour leur illustre maître, ont parfois manqué de justice dans leur appréciation des travaux qui précédèrent le *Traité des inflammations spéciales des tissus muqueux*, et où percent déjà çà et là quelques-unes des idées nouvelles que va mettre en vive lumière l'ouvrage du savant médecin de Tours. M. Millet, sans être moins enthousiaste, nous paraît plus juste ; il n'est pas de ces hommes dont parle quelque part un philosophe hardi, il n'en veut point à tous les piédestaux ; il rend à chacun la justice que ses travaux méritent, il ne suppose pas que ce soit amoindrir la gloire d'un homme que de montrer le germe des idées originales qu'il va développer, dans les scories d'un passé laborieux où il y a moins de vérités que d'erreurs. Nous engageons nos confrères à lire attentivement cette partie du travail de M. Millet ; ils ne sauraient trouver un guide plus judicieux pour se diriger dans une étude rétrospective qui, à divers points de vue, offre un intérêt réel.

Le médecin de Tours a étudié profondément la question de l'étiologie si obscure du croup ; là partout se montrent des idées saines, judicieuses, mais qui manquent quelquefois d'une suffisante démonstration. Il en est souvent ainsi dans notre science difficile ; il faut souvent s'y contenter de quelques parcelles de la vérité. Une des questions relatives à l'étiologie du croup sur laquelle l'auteur s'étend avec le plus de complaisance, c'est celle de la contagion. Ici, M. Millet, avec une indépendance qui l'honore, et qui montre que son admiration pour Bretonneau est autre chose qu'un idiot fétichisme, ici, M. Millet, dis-je, n'hésite point à se séparer de son illustre maître, dont il n'accepte la leçon qu'en la modifiant dans un sens plus conforme à la vérité, croyons-nous. Bretonneau, on le sait, professait que la diphthérie est contagieuse à la façon de la syphilis, par inoculation. C'est là certainement une complète erreur, et M. Millet affirme ici au nom de sa propre expérience, car, comme MM. Trousseau, Peter et d'autres, il s'est inoculé à lui-même les produits de la maladie, et, dans aucune de ces expériences, il n'a

réussi à transporter le germe du mal dans son propre organisme. Mais si l'auteur, conformément à ces expériences, et à d'autres observations qui les reproduisent sous une autre forme, n'admet pas que la diphthérie se transmette de cette façon, il n'en soutient pas moins fortement la nature contagieuse de la maladie; seulement il pense que celle-ci se propage par cette voie, comme la variole, la fièvre typhoïde, le choléra même, dit-il, par le moyen d'effluves volatiles qui se mêlent à l'air et reproduisent le mal. Nous pensons que la vérité est là, mais nous pensons en même temps qu'il ne faut pas s'exagérer la fécondité de cette source des maladies pelliculaires ; à côté des faits où cette contagion peut être justement invoquée, combien n'en voit-on pas tous les jours où cette explication fait défaut, et où il faut reconnaître, à la simultanéité des atteintes en dehors de tout contact, une cause plus générale, véritablement épidémique? Assurément, le médecin de Tours admet, lui aussi, ce mode de multiplication de la diphthérie; mais nous craignons que, s'exagérant le mode par contagion, il n'accorde pas au premier une supériorité d'influence qui nous paraît hors de toute contestation.

La symptomatologie du croup, bien que correctement tracée dans la monographie dont nous nous occupons en ce moment, ne nous offre à signaler aucune observation nouvelle qui simplifie le diagnostic de la maladie, laquelle, dans l'immense majorité des cas, ne présente, du reste, aucune difficulté sérieuse. Il est toutefois, relativement à ce diagnostic, une remarque, que nous croyons devoir faire, en contradiction avec l'enseignement du savant médecin de Tours. M. Millet pose en principe que la diphthérie débute fréquemment par le larynx : c'est là, suivant nous, une erreur. Ce mode d'évolution est réel, personne ne le conteste ; mais il est assurément très-exceptionnel. Dans l'immense majorité des cas, et nous employons cette formule parce que nous n'en trouvons pas de plus rapide, avant que les fausses membranes aient envahi le larynx, elles ont, dans un espace plus ou moins étendu, débuté par les amygdales, la luette, la muqueuse pharyngienne. Quand les produits plastiques se sont déposés entre les amygdales, ou au-dessous, ils peuvent échapper à une exploration incomplète, mais ils n'en existent pas moins ; et nous avons pu, en pareil cas, les faire voir à des observateurs qui, dans leur exploration, n'avaient point plongé le regard assez avant dans l'infundibulum pharyngien. Ce n'est point une leçon que nous voulons donner ici au savant observateur de Tours; c'est une remarque générale que nous croyons devoir

faire à propos d'une exploration qui, bien que très-simple, n'est cependant toujours aussi complète qu'il le faudrait pour édifier suffisamment l'observateur.

Nous passons sous silence plusieurs chapitres de cet intéressant ouvrage, pour arriver de suite à la partie qui en est la plus importante, au moins quant à son objet : à la thérapeutique de la diphthérie laryngienne. Comme pour l'historique de la maladie, M. Millet est entré ici dans des développements que justifie suffisamment l'importance du sujet. Nous ne le suivrons pas dans cette étude intéressante, nous nous contenterons d'en marquer l'excellent esprit par quelques réflexions rapides. L'auteur ne se fait point illusion sur la portée des médications les plus rationnelles dans cette terrible maladie, et il exprime, en plusieurs endroits de son livre, la conviction profonde où il est, qu'un bon nombre de prétendus succès allégués en faveur de médications qu'une expérience plus attentive, et une conception plus vraie de la nature de la maladie réduisent à néant, s'expliquent tout simplement à merveille par une erreur de diagnostic; l'angine striduleuse a été prise pour le croup. Nous ne savons jusqu'à quel point les médecins, dont il rectifie ainsi le diagnostic pour expliquer la fortune miraculeuse de leur thérapeutique, applaudiront à l'esprit d'indépendance où se puise cette justice sommaire : pour nous, nous ne pouvons que donner une entière approbation à une critique qui n'a d'autre souci que celui de la justice et de la vérité.

Sans vouloir en aucune façon décourager les hommes laborieux, qui cherchent tous les jours les moyens de combattre efficacement une maladie qui déjoue si souvent les prévisions en apparence les plus rationnelles, le médecin de Tours se met en garde contre toute illusion. Quand l'expérience n'a pas encore répondu formellement aux questions qui lui ont été adressées relativement à certaine médication, il réserve son jugement ; mais lorsque, au contraire, ces questions sont résolues d'une manière nettement négative, il le dit sans ambages, et débarrasse ainsi le terrain d'oiseuses et inutiles recherches. Guidé par cette méthode sévère, M. Millet pose catégoriquement, avec son illustre maître et tous ceux qui aujourd'hui le représentent le plus dignement, que la méthode qui consiste à s'efforcer d'éteindre sur place par des modificateurs appropriés le processus morbide qui tout à l'heure va menacer la vie d'une manière si grave, reste toujours la méthode la plus rationnelle, et celle qui compte le plus de succès réels. Des divers modificateurs auxquels on peut avoir recours pour atteindre ce but, il donne la préférence

aux solutions argentiques. Non-seulement il estime qu'on peut, à l'aide d'un modificateur de cet ordre, faire avorter le mal en empêchant son extension au larynx, mais lors même que cet organe est envahi, il ne faut pas désespérer complétement de le combattre heureusement encore en faisant parvenir la solution d'azotate d'argent jusque dans l'intérieur du larynx lui-même. Il est à peine besoin d'ajouter que le médecin de Tours, quand ce moyen a échoué, est loin de désarmer encore : la trachéotomie lui reste, comme un moyen extrême, et il la recommande avec la plus grande instance. Toutes les méthodes, jusqu'à celles de ces derniers jours, pour ouvrir une voie temporaire à l'air extérieur, sont tour à tour examinées et appréciées avec un grand sens pratique. On ne saurait s'appliquer avec trop de zèle à simplifier ces méthodes, ainsi que l'ont tenté dans ces derniers temps MM. Chassaignac et Maisonneuve ; c'est l'unique moyen de les populariser parmi les médecins qui reculent si souvent devant les difficultés de la trachéotomie. Combien d'enfants meurent tous les jours, que plus de décision, plus de confiance en soi de la part du médecin eût pu sauver ! Nous ne savons, mais il nous semble qu'un temps viendra où une opération plus simple, possible à tous, ôtera à la trachéotomie ce qui la rend si redoutable aux médecins qui n'ont pas l'habitude de manier l'instrument tranchant. Les deux chirurgiens habiles que nous venons de nommer ont déjà marché dans cette voie ; peut-être du premier coup ne sont-ils pas arrivés au but, mais ils ont fait un pas en avant ; espérons qu'on ira plus loin encore dans cette direction.

En somme, l'ouvrage de M. le docteur Millet est une très-bonne monographie du croup ; tout ce que l'on sait de cette maladie y est judicieusement indiqué ; et qui se pénétrera de l'excellent esprit qui y règne d'un bout à l'autre, peut être sûr de se maintenir toujours, quant à cette grave affection, dans les limites d'une saine pratique.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

**Purpura hemorrhagica ou état chloro-anémique chez un enfant. — Inefficacité du traitement tonique simple. — Varioloïde intercurrente. — Disparition momentanée des taches de pourpre, puis réapparition. — Bons et rapides effets du perchlorure de fer.** — Quoique d'introduction toute récente dans la thérapeutique du

purpura hemorrhagica, le perchlorure de fer compte déjà un assez grand nombre de succès réels pour que son efficacité ne puisse être mise en doute. Nous avons déjà rapporté dans ce recueil (t. LVIII, p. 279, et t. LX, p. 178) plusieurs faits entièrement favorables à l'action de cet agent. En voici un nouveau qui, en même temps qu'il tend à établir la réalité et la rapidité de cette action, se recommande aussi à l'attention, comme étant un exemple remarquable de rétrocession d'une maladie préexistante devant l'intercurrence d'une autre maladie aiguë, rétrocession malheureusement momentanée.

Le nommé Dutilleul (Alexandre), âgé de neuf ans et demi, entrait le 18 mai dernier à l'hôpital des Enfants malades, salle Saint-Jean, n° 43 (service de M. Bouvier). Cet enfant porte aux membres inférieurs une éruption très-confluente, laquelle se présente sous deux aspects : des taches plus ou moins larges et dont les plus étendues ont jusqu'à un centimètre de diamètre, et entre les taches un pointillé excessivement fin et serré. Les taches sont assez régulièrement rondes, circonscrites par un cercle d'un beau rouge, plus pâles et cuivrées vers le centre. Ces petits points sont quelques-uns violets, la majeure partie pourpres : leur aspect général ne saurait mieux être comparé qu'à celui que donnerait une multitude de piqûres d'aiguilles surmontées d'une gouttelette de sang. L'éruption ou plutôt l'extravasation sanguine a son maximum à la partie interne des cuisses et des jambes ; il n'en existe que des traces insignifiantes à la partie antérieure du tronc et aux bras. — Ce petit malade présente, d'ailleurs, tous les attributs extérieurs d'un état chloro-anémique assez avancé : décoloration très-prononcée de la peau de la face et de la muqueuse gingivale (sans manifestations scorbutiques réelles sur celle-ci), faiblesse générale et amaigrissement, et, concordant avec ces phénomènes, une faiblesse avec dépressibilité très-marquée du pouls, un bruit de souffle doux vers la pointe du cœur, et un bruit de diable dans la carotide droite. Du reste, point de signes appréciables d'une lésion organique quelconque. — Pour éclairer l'étiologie de l'affection, sur la nature de laquelle il ne saurait exister le moindre doute, nous n'obtenons que des renseignements insuffisants. L'enfant habite avec sa mère une chambre au troisième peu éclairée, mais ne paraissant pas être humide ; l'alimentation paraît être habituellement suffisante ; mais nous n'avons pu être édifié sur sa qualité. Quoi qu'il en soit, il est soumis, tout d'abord, à un traitement fortement tonique (vin de Bordeaux et quinquina, régime ordinaire de l'hôpital).

Le 20 mai, les plaques ont sensiblement pâli ; quelques-unes

semblent disparaître ; le pointillé persiste avec toute son intensité. — Prescription *ut suprà* ; plus, bain sulfureux.

Le 26, point de modification : la confluence des taches paraît, au contraire, s'accroître.

Le 2 juin, une nouvelle poussée s'est ajoutée à la précédente, les membres inférieurs sont littéralement couverts par l'éruption pourprée. — Les bains sulfureux sont supprimés. Le malade garde le lit.

Les jours suivants, l'éruption perd de nouveau un peu de son intensité. L'état général est sensiblement amélioré.

Le 18, survient une varioloïde (la variole règne dans les salles, l'enfant est vacciné). Les caractères de l'éruption varioleuse sont parfaitement distincts de ceux du purpura, et il est à remarquer qu'ils ne participent pas de celui-ci.

Le 21, les taches et les points de purpura ont presque complétement disparu ; l'éruption varioleuse persiste seule.

Le 30, les boutons de varioloïde sont à la période de dessiccation ; quelques plaques de purpura réapparaissent à la face interne des cuisses.

Le 3 juillet, le purpura a repris toute son intensité. Perchlorure de fer, 10 gouttes, dans un julep gommeux.

Le 13, le pointillé a presque complétement disparu sous l'influence de l'action du sel de fer ; quelques plaques, très-rares, persistent seulement aux membres inférieurs.

Le 17, on n'aperçoit plus que quelques macules jaunâtres aux jambes.

Le 20, la guérison est complète et s'est maintenue.

---

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

### REVUE DES JOURNAUX.

**Traitement du catarrhe vésical aigu et chronique par la herniaria glabra et le chenopodium ambrosioïdes associés.** Nous voyons toujours avec satisfaction la thérapeutique d'une maladie s'enrichir d'un nouveau moyen, surtout quand ce moyen est doué d'une efficacité réelle ; mais il est à regretter parfois que l'on ne consacre pas plus d'efforts à l'étude et à la connaissance de la maladie elle-même. Certes, rien n'est plus vulgaire, en pathologie, que les mots de catarrhe de la vessie, et, néanmoins, il serait difficile de dire au juste aujourd'hui ce qu'ils signifient, encore moins de trouver quelque part une description passable de la maladie : cela est vrai surtout pour le catarrhe vésical chronique, les manifestations de la cystite aiguë symptomatique étant mieux connues et plus saisissables. — Quoi qu'il en soit, la médication traditionnelle et banale, en pareil cas, est d'administrer la décoc-

tion de graines de lin ou une émulsion de graines de chanvre. L'action principale de ces boissons est de rendre les urines plus aqueuses, résultat que l'on obtiendrait peut-être tout aussi bien en faisant boire de l'eau pure en suffisante quantité. Mais il existe une autre médication pressante, c'est de faire taire le besoin incessant d'uriner et les douleurs plus ou moins vives qu'il provoque. Pour réaliser ce double but, M. le docteur Zeissl emploie depuis longues années l'herbe de la *herniaria glabra*, laquelle constitue un diurétique doux, en même temps qu'elle possède un principe narcotique léger, qui paraît agir spécifiquement, sans déterminer ni constipation ni étourdissements. Le *chenopodium ambrosioïdes* jouit, mais à un moindre degré, des mêmes propriétés : l'auteur l'associe à la herniaire, d'après la formule :

Pr. Herniaria glabra. . . . } ââ
Chenopodium ambrosioïdes. . . . . . . . . . . }
Pour huit doses égales.

On fait infuser une de ces doses dans une théière pleine d'eau bouillante, et l'infusion, à laquelle on ajoute un peu de sucre et do lait, est bue en deux fois dans la journée. — On applique, en même temps, des cataplasmes émollients sur la région de la vessie et au périnée. — Après trois ou quatre doses de ce thé, on constate ordinairement une amélioration notable. — D'après l'auteur, ce moyen ne saurait être trop recommandé également dans le catarrhe vésical chronique. — L'un se trouve bien des cataplasmes de ciguë, et dans les cas urgents, M. Zeissl a recours aux suppositoires d'extrait de belladone, d'après la formule :

Pr. Extrait de belladone . 5 cent.
Beurre simple. . . . . . } ââ
Beurre de cacao. . . . . }

Pour 4 suppositoires, dont un est introduit soir ot matin. — Enfin M. Zeissl proscrit du traitement du catarrhe vésical chronique les préparations de carbonate de soude et de potasse, affirmant avoir observé, dans un grand nombre de cas, une augmentation du mal, lorsque les malades usaient de boissons contenant de l'acide carbonique, comme, par exemple, la potion de Rivière. (*J. de méd., de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, juillet 1863.)

---

**Pneumatocèle du crâne, consécutive à une fracture du rocher; traitement; guérison.** Les tumeurs emphysémateuses de la région crânienne ne semblent pas être communes; car, en cherchant dans divers traités ou recueils, nous n'en avons pu trouver que deux exemples, l'un dû à M. le professeur Jarjavay, et l'autre, observé par le professeur Balassa, de Pesth, et rapporté dans les *Archives générales de médecine*, année 1853. Il est donc important de connaître ces sortes de cas; celui qui suit offre un double intérêt, par les conditions dans lesquelles se produisit la tumeur et par la guérison qui fut obtenue.

Un mineur de Wassy, âgé de quarante-quatre ans, d'une bonne constitution et n'ayant eu aucune maladie diathésique, tomba, en 1850, d'une hauteur de cinq mètres sur ses pieds, et éprouva immédiatement une douleur fixe très-intense à la partie postérieure gauche de la tête, de l'éblouissement, de légers vertiges, des tintements d'oreilles, de l'étourdissement pendant une demi-heure, mais sans perte de connaissance. Il a assuré plusieurs fois, depuis, avoir entendu un bruit de craquement derrière la tête, dans l'endroit même de la douleur. Du reste, pas de plaie, nul écoulement de sang ou de liquide quelconque par les oreilles, le nez ou la bouche. A la suite, céphalalgie ou plutôt douleur fixe à 5 centimètres en arrière du conduit auditif externe du côté gauche, difficulté de la mastication à gauche ; aucun trouble de l'intelligence, de la sensibilité, ni de la motilité. Nul traitement. Six semaines après, faiblesse de l'ouïe et bourdonnements continuels fatigants dans l'oreille gauche. En même temps, apparition, au niveau du point douloureux, d'une petite tumeur qui resta stationnaire pendant huit mois, mais augmenta ensuite rapidement de volume, jusqu'à occuper la moitié postérieure gauche de la tête et bientôt toute la région occipitale. Deux ponctions faites par un médecin ne donnèrent issue qu'à du vent. Ce fut alors, en 1852, dix-sept mois après la chute, que cet homme, devenu incapable de travailler, entra à l'hôpital de Wassy.

M. le docteur Chevance énonce ainsi les caractères de la tumeur à ce moment : commençant à gauche, à 4 centimètres du pavillon de l'oreille, elle mesure une étendue transversale de 15 centimètres, et s'étend en hauteur

de la nuque au sinciput, en formant une courbe de 20 centimètres à gauche et de 18 à droite; indolente, élastique, résistante à la pression, sans chaleur, sans trace d'inflammation, elle présente à la percussion un son tympanique; pas de battements, pas de fluctuation; ponctionnée avec un trocart, elle donne issue à un gaz seulement, lequel, recueilli sous l'eau dans des éprouvettes, a tous les caractères de l'air atmosphérique. Après son évacuation, on trouve un peu au-dessus et en arrière de l'apophyse mastoïde, à 4 et 6 centimètres du conduit auditif gauche, deux saillies dures, de consistance osseuse, à bords inégaux, entre lesquelles se sent une dépression; c'est là que le malade a toujours et exclusivement éprouvé et accusé de la douleur. Quand celui-ci fait une forte expiration, le nez et la bouche étant fermés, l'air sort en sifflant par l'oreille gauche; comprime-t-on la tumeur avec la main, elle s'affaisse, se ride peu à peu en produisant, au dire du blessé, un bruit de claquement dans la même oreille. Le tympan est déchiré.

Prenant en considération ces phénomènes, l'époque de l'apparition de la tumeur, l'accident qui l'avait précédé, M. le docteur Chevance conclut à une fracture du rocher par contre-coup, faisant communiquer la caisse avec le tissu cellulaire sous-jacent au cuir chevelu, et explique ainsi la formation graduelle de la pneumatocèle. Dans le but d'arriver à une guérison radicale, il résolut de provoquer une inflammation adhésive dans les parois de la tumeur, et pour cela il eut recours au séton. Celui-ci suscita une inflammation violente, et le troisième jour, il y avait un abcès, dont l'ouverture donna issue à 500 grammes de pus. Après un mois de pansements, l'adhérence de la peau était complète. Mais deux mois après, la tumeur se reforma, ramenant les mêmes accidents. Un nouveau séton, posé immédiatement, amena un nouvel abcès, qui, cette fois, fut suivi d'une guérison, non démentie depuis. Dans le cas du professeur Balassa, cité plus haut, mais qui ne provenait pas de la même cause, ce fut aussi par une vive inflammation suppurative que l'adhérence des téguments fut obtenue et la pneumatocèle guérie. (*Union méd.*, août 1863.)

---

**Bons effets de la névrotomie dans un cas de tétanos traumatique.** Chez certains sujets atteints de névralgies très-douloureuses et rebelles à tous les moyens qui triomphent d'ordinaire de cette affection, dans des cas notamment où la douleur était la conséquence de l'incarcération de rameaux ou de filets nerveux dans des tissus cicatriciels, on a eu maintes fois recours avec avantage à la névrotomie. Cette opération est tout aussi rationnelle, sans aucun doute, dans le tétanos traumatique, et est indiquée, ainsi que le dit Bégin (*Dictionn. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. XV, p. 204), toutes les fois que des nerfs volumineux étant compris et déchirés dans une blessure, il s'y fait sentir des irradiations douloureuses qui semblent provoquer et entretenir le spasme. L'expérience, du reste, a sanctionné cette pratique, puisque, au rapport du même auteur, Larrey a pu faire cesser dans un cas le trismus déjà commencé en coupant le nerf frontal compris dans une plaie déchirée du front, et a obtenu le même succès chez un autre blessé au moyen de la section de nerfs du bras droit. A ces exemples et à ceux du même genre qui ne paraissent pas être nombreux dans la science, on peut en ajouter un nouveau dû à un chirurgien anglais du Shropshire, M. Wood.

Il s'agit d'un gentleman âgé de trente ans, homme fort et robuste, d'habitudes modérées sous tous les rapports, qui, le 14 décembre 1859, par un froid intense, étant tombé d'une hauteur de huit ou neuf pieds environ, se fit une fracture de la jambe et resta étendu sur la terre glacée pendant une heure, avant de pouvoir être transporté chez lui. Cette fracture, qui intéressait les deux os de la jambe droite, était comminutive, avec issue des fragments à travers la peau déchirée; il fallut agrandir la plaie pour réduire, extraire des esquilles, etc. Pendant deux jours tout alla bien; mais le 16 décembre, le malade se plaignit de mal de gorge, puis le lendemain de roideur dans le cou, de difficulté de la mastication; c'était le début d'un tétanos. Le 18, mâchoires serrées, tête et cou renversés en arrière. Il y avait des douleurs lancinantes dans le membre blessé, dont la position avait été dérangée par les convulsions. Les fragments remis en place, la plaie fut saupoudrée avec 2 grains de chlorhydrate de morphine, puis on y fit des fomentations tièdes avec une décoction de pavots. Purgatif avec le calomel et la coloquinte.

Les 19 et 20, même état ; 0,05 centigrammes d'opium toutes les trois heures ; aucune amélioration. Soupçonnant alors que le nerf saphène avait pu être lésé, en raison de son voisinage du siége de la blessure, M. Wood palpa avec soin le crural antérieur, et le trouvant plus sensible qu'à l'ordinaire, il le suivit dans son trajet jusqu'à la branche saphène interne; la pression exercée sur celle-ci fit crier le malade, qui accusa au même moment une douleur plus vive dans la plaie. Sûr alors de la justesse de ses vues, le chirurgien pratiqua, séance tenante, la section de ce nerf : au moment où celui-ci fut divisé, le malade s'écria que cela répondait à la fracture et qu'il ressentait quelque chose jusqu'à l'extrémité des orteils. L'opium fut continué. A partir de l'opération, il n'y eut plus aucune convulsion tétanique. La guérison se fit ensuite d'une manière régulière.

Parmi quelques réflexions qui accompagnent ce cas intéressant, outre la citation d'un des faits de Larrey, que nous avons rapporté ci-dessus, l'auteur en relate brièvement un autre dû à Murray qui, chez un midshipman atteint de tétanos à la suite d'une blessure de la plante du pied, obtint la guérison en coupant le nerf tibial postérieur.

En ajoutant à ces différents cas celui que nous avons consigné dans le tome XXXVIII (p. 428) de notre journal, nous trouvons un groupe de cinq faits tous favorables à l'emploi de la névrotomie dans le tétanos traumatique. Il y a certes là de quoi encourager les praticiens à recourir à cette opération, exempte par elle-même de tout danger, dans une affection aussi grave et aussi souvent mortelle que le tétanos, toutes les fois qu'il y aura lieu de penser qu'une branche nerveuse se trouve intéressée dans la plaie, point de départ des convulsions cloniques. (*British Med. Journ.*, juillet 1863.)

**Nouveau procédé d'insufflation de la trompe d'Eustache.** On se sert : 1° d'une poire ou boule en caoutchouc, creuse et ouverte en un point qui est muni d'un embout en métal, espèce de canule à insufflation ; 2° d'une sonde en caoutchouc ou en métal, comme pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Cette sonde s'adapte à l'embout de l'insufflateur, ou réservoir à air. On introduit l'extrémité libre de la sonde dans la narine du côté que l'on veut insuffler, après avoir invité le malade à prendre dans sa bouche quelques cuillerées d'eau, qu'il doit conserver jusqu'à ce qu'on lui dise de l'avaler. — Comprimant alors la narine sur la sonde, on recommande au patient d'avaler l'eau qu'il a dans sa bouche, et au moment où le mouvement de déglutition se fait, l'opérateur comprime le réservoir à air. La déglutition ferme nécessairement la partie supérieure du larynx, ou plutôt le sépare de l'arrière-cavité des fosses nasales ; l'air insufflé cherche une sortie et ne trouve en déprimant cet obstacle qu'à s'engouffrer dans la trompe. — Pour toute douleur, le malade n'éprouve qu'un sentiment semblable à celui que fait naître la pénétration de quelques gouttes de liquide dans le conduit auditif externe, quand on plonge la tête dans l'eau. Ce procédé nouveau, qui appartient au docteur Pollitzer (de Vienne), peut avantageusement remplacer le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Mais, quelque simple et facile qu'il soit, il ne saurait encore égaler en commodité le procédé recommandé par notre regretté collaborateur Forget (Bull. de Thérap., t. XLII, p. 216). Personne n'y songe, sans doute, par cela même qu'il est des plus simples : il consiste, on se le rappelle, à faire un violent effort d'expiration tout en tenant soigneusement la bouche et les narines fermées. Il est évident que, dans ces conditions, l'air emprisonné dans la cavité buccale ne peut être chassé que par le conduit de la trompe d'Eustache, la seule issue qui lui reste. C'est là, comme on voit, une véritable auto-insufflation, qui n'exige l'intervention d'aucun instrument particulier, et ne peut déterminer aucune douleur. (*J. de méd., de chirurg. et de pharmacologie de Bruxelles*, juillet 1863.)

**Cas de fistule pleurale.** Richard James, âgé de dix-sept ans, entre le 17 avril 1862 à Atcham Union House, Shrewsburg, dans le service de M. Whitwell. Il raconte qu'il fut pris d'un point de côté à gauche le 5 mai 1861 ; qu'on lui fit une saignée, et le lendemain une application de dix sangsues; qu'on ajouta à ce traitement cinq vésicatoires successifs; qu'il fit un séjour au lit de dix-huit semaines, et que vers la douzième il se forma au-dessous du mamelon gauche une tumeur que l'on ouvrit et dont il sortit cinq pintes de pus épais.

A l'entrée du malade, M. Whitwell, examinant l'état de la poitrine, trouve le poumon gauche tout à fait imperméable à l'air, le cœur refoulé à droite, et constate un écoulement continuel de pus fétide par la fistule qui a succédé à l'ouverture de l'abcès.

Emploi des toniques et d'un régime fortifiant sans résultat jusqu'au mois de septembre, époque où M. Whitwell a recours au moyen suivant : il introduit une sonde métallique par la fistule dans les parois thoraciques à une profondeur de six pouces, fait sortir une pinte environ de pus mal lié et nettoie la cavité en y injectant une solution faible de chlurure de chaux. On répète chaque jour la même manœuvre ; la suppuration prend un meilleur aspect et diminue de quantité. A ces premières injections on substitue alors une solution de nitrate d'argent, employée de la même manière, et au milieu de novembre, la suppuration ayant complétement cessé, la fistule se ferme.

A mesure que le poumon gauche reprenait ses fonctions, le cœur revenait à sa situation normale. Le malade jouit dès lors d'une excellente santé ; et il ne reste plus, à part la cicatrice, aucun signe de cette longue maladie. (*British medical journal*, 27 juin.)

**Nouveau signe diagnostique et pronostique de la fièvre typhoïde, tiré de l'examen chimique des urines.** Depuis deux ans, M. le professeur Primavera a entrepris avec M. F. Prudente, directeur de la clinique médicale de Naples, des recherches analytiques sur les urines dans les différentes maladies, spécialement au point de vue des chlorures, des phosphates et des urates. Ces investigations réitérées leur ont permis de formuler, concernant les altérations de ces éléments, plusieurs lois qui, si elles sont confirmées par d'autres observateurs, pourront rendre de grands services à la pratique médicale, et nous paraissent pour cette raison dignes d'être signalées à l'attention de nos confrères :

1° L'absence complète de chlorures dans l'urine est un signe diagnostique pathognomonique de la fièvre typhoïde; ce signe précieux servira à distinguer une fièvre typhoïde d'une fièvre commune et bénigne, continue ou intermittente, dans laquelle les urines renferment constamment une dose très-appréciable de sels de cette nature ;

2° Les urines, émises pendant la période ascendante, ou même pendant toute la durée de la fièvre typhoïde, lorsque celle-ci a une issue fatale, offrent non-seulement une absence totale de chlorures, mais encore une diminution très-considérable de phosphates et d'urates ;

3° Le premier pas vers une amélioration est indiqué, mieux que par tout autre signe, par une augmentation rapide et très-sensible des phosphates ;

4° La seconde phase d'amélioration est annoncée par une augmentation analogue des urates ;

5° Enfin la réapparition des chlorures dans les urines des typhisés, quoique assez tardive, assure définitivement la guérison des malades.

Il est nécessaire d'avertir ici que l'inspection oculaire ne suffit pas toujours pour calculer approximativement la dose des urates ; car, s'il est vrai que ces sels, lorsqu'ils sont en excès, précipitent par le refroidissement, et révèlent leur présence en rendant l'urine jumenteuse, ou en y donnant lieu à un dépôt briqueté, il arrive bien souvent aussi qu'ils y restent en dissolution, grâce à la présence d'un phosphate alcalin bibasique qui les accompagne. Dans cette occurence, il suffit, après refroidissement, de verser quelques gouttes d'un acide quelconque dans l'urine, pour voir une grande quantité de ce liquide se troubler, et s'épaissir par un précipité abondant d'urates. Or, comme ce précipité ressemble beaucoup à celui que provoque l'acide nitrique dans l'urine albumineuse, M. Primavera conseille, dans le cas dont il est question, de faire usage d'acide acétique et non d'acide nitrique, qui précipite tout à la fois urates et albumine. Il est même très-probable, ajoute-t-il, que l'albumine trouvée souvent dans les urines des typhisés par certains praticiens, qui se servaient de l'acide nitrique à l'exclusion de tout autre réactif, n'était en réalité constituée que par des urates. (*Presse méd. belge*, mai 1863.)

**Kyste pileux du col utérin, cause de dystocie.** La dystocie attribuable à l'existence de tumeurs siégeant dans l'utérus, dans ses annexes, ou dans ses environs, n'est pas chose rare ; mais parmi les tumeurs, il en est que l'on rencontre bien moins souvent que d'autres, celles constituées, par exemple, par une inclusion fœtale. Ces dernières ont, d'ailleurs, pour siége habituel les ovaires ou les trompes, et plus particulièrement l'ovaire droit, d'après les observations

de Meckol, Morgagni, Treviranus, etc. Mais il est excessivement rare de voir les tumeurs de cette nature se développer dans la cavité même de l'utérus, et bien plus rare encore de les rencontrer sur le col de cet organe. C'est pourquoi un véritable intérêt s'attache à l'observation suivante de M. le docteur Cousot, de Dinant: Mme C***, âgée de trente-neuf ans, de bonne constitution, douée d'une chevelure noire remarquablement riche, et d'une abondance exceptionnelle de poil sur les parties où il se rencontre habituellement, est enceinte pour la troisième fois. Les deux premières grossesses n'ont rien présenté d'anormal: elle est au terme de la troisième et prise, vers le soir, des premières douleurs. Les eaux s'écoulent vers minuit. Le toucher fait constater que le col, effacé en avant, est presque entièrement dilaté, surtout dans son segment antérieur; la position de la tête, un peu oblique, est cependant bonne; mais les eaux ont entraîné une anse considérable du cordon ombilical, on n'y sent plus de pulsations, et on trouve tous les autres signes de la mort du fœtus. En faisant quelques manœuvres pour réduire l'anse ombilicale herniée, on est frappé du volume et de la résistance que conserve le segment postérieur du col; il reste dur, tendu, et semble continuer sans interruption la paroi recto-vaginale. On s'assure aisément que le rectum n'est pour rien dans ce gonflement. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin est considérablement diminué, et c'est là que siége évidemment l'obstacle, qui, malgré d'énergiques douleurs, empêche la tête de cheminer. A quatre heures du matin, la malade s'épuise en efforts stériles; le pouls s'accélère et se concentre: douleur déchirante continue dans les reins, mais n'ayant aucun caractère expulsif; la tête ne bouge pas; la patiente est découragée, il y a de plus hémorrhagie. On donne 1 gramme de seigle ergoté, et aussitôt que les contractions reparaissent, le forceps est appliqué. Malgré quelques difficultés des manœuvres, la tête est bien saisie et progresse; elle est précédée, dans sa migration, par la tumeur, laquelle est logée en partie dans l'intervalle que laissent les cuillers de l'instrument. Au moment où se complète le mouvement d'extension de la tête, la tumeur s'énuclée, se dégage, et tombe aux pieds des opérateurs. On s'assure immédiatement par le toucher que le col est revenu sur lui-même, et qu'il ne reste plus trace de l'énorme tuméfaction qui comblait le petit bassin. La délivrance dut être réalisée sans trop tarder, une portion du placenta s'étant déchirée, et l'autre entretenant une perte par son enchâtonnement dans un segment utérin. La tumeur est oblongue, piriforme, longue de 11 centimètres, large de 6. Les parois fibreuses, lisses, nacrées sont très-résistantes. Un pédicule gros comme le pouce, et portant les traces de la déchirure d'un point d'implantation, forme la plus petite extrémité de l'ovoïde. L'incision donne issue à un liquide séro-purulent, tenant en suspension des grumeaux caséeux en tout semblables à ceux que renferment ces kystes du cuir chevelu qui ont subi un certain degré d'inflammation. On découvre en même temps dans la tumeur une masse considérable de cheveux noirs, soyeux, contournés en tous sens, et comme feutrés: il y en a de toutes les dimensions, depuis 5 ou 6 centimètres jusqu'à 35. Quoique contenus dans la grande poche kystique, ils ont leur racine dans une seconde loge plus petite, à parois plus épaisses et plus résistantes. Tous les poils sont implantés sur une surface de 2 à 3 centimètres, dont l'organisation paraît très-différente de celle des parois. Au microscope, le liquide est composé de sérosité amorphe, de matière albumineuse, de corpuscules ou cellules graisseuses et de cellules du pus. Les cheveux pourraient très-bien être confondus avec ceux de la tête et du pubis pour la racine, le développement, la forme tubaire et la coloration d'un noir de jais. Le tissu cellulaire condensé ou fibreux constitue seul les parois, sans qu'il soit possible d'y rencontrer ni membrane spéciale, ni trace de vascularisation. Au contraire, la surface d'implantation des poils est composée des éléments de la peau: cellules épithéliales, glandes sébacées, follicules pileux, vaisseaux sanguins; on dirait d'une portion de la peau du crâne greffée sur le pédicule de la tumeur. A part son rôle dans la production de la dystocie, cette tumeur soulève, par sa constitution, les questions de pathogénie qui se présentent toujours à propos des produits semblables: s'agit-il d'un débris embryonnaire? est-ce un kyste d'inclusion parasitaire? est-ce une simple aberration de nutrition qui, produi-

sant sur place le tissu pileux, l'isole et en limite le développement par un travail analogue à celui qui produit les tannes, les kystes sébacés, etc... Sans vouloir même aborder ici la solution de ces questions diverses, nous dirons seulement que le cas qui précède nous paraît, ainsi qu'à l'auteur de l'observation, être surtout favorable à la doctrine de l'hétérotopie plastique de M. le professeur Lebert. (*Annales de la Société de médecine de Gand*, mai et juin 1863).

---

## TRAVAUX ACADÉMIQUES.

**Du cathétérisme et du traitement des rétrécissements réputés infranchissables de l'urètre.** M. Aug. Mercier a lu à l'Académie un mémoire sur ce sujet. Il commence par rappeler que la difficulté tient : 1° à ce que le rétrécissement étant excentrique, la bougie ne le rencontre pas ; 2° à ce qu'il est très-étroit, très-dur, et que la bougie, quoique engagée, ne peut vaincre sa résistance et fléchit. Il a conseillé, il y a près de vingt ans, pour le premier cas, des bougies légèrement coudées près de leur extrémité, pouvant être ainsi portées vers les différents point de la circonférence de l'obstacle ; et pour le second, de ne pas s'entêter à franchir cet obstacle d'emblée et avec la même bougie, mais d'en traverser d'abord une partie avec une bougie line, puis de dilater cette portion avec une bougie plus grosse, ensuite de revenir à la fine, puis à la grosse, et ainsi de suite.

Les rétrécissements d'origine traumatique offrent souvent cette particularité défavorable, qu'ils ne présentent pas à la bougie une sorte d'entonnoir, mais une cloison brusque, perpendiculaire à l'axe du canal.

M. Mercier rapporte deux faits dans lesquels, après des effort inouïs, et toujours infructueux faits par d'autres et par lui, il eut recours au procédé suivant : il fit faire un tube de 8 à 9 millimètres de diamètre et de 16 centimètres de longueur, ouvert à ses deux extrémités, et une tige d'acier cylindrique, inflexible, longue de 35 centimètres, de 1 millimètre 1/2 de diamètre, simplement arrondie par un bout et terminée de l'autre par une olive de 2 millimètres 1/2.

Il introduit le tube rempli par un mandrin, le dirige dans l'axe du canal et le presse contre le rétrécissement, qu'il tend comme la peau d'un tambour ; puis, avec le petit bout de la tige, il explore toute sa surface par de douces pressions, et il finit par trouver une inégalité. Si la tige y pénètre quelque peu sans douleur et donne la sensation d'une légère épreinte, c'est l'orifice du rétrécissement. Alors il presse davantage, puis il dilate avec l'extrémité olivaire, comme dans le second procédé décrit précédemment.

M. Mercier tire de ces deux observations de rétrécissements traumatiques la remarque que ces coarctations elles-mêmes offrent des différences très-grandes et difficiles à prévoir. Dans la première, où la maladie semblait plus grave, la dilatation obtint facilement un prompt succès. Dans la seconde, beaucoup plus simple en apparence, il fallut recourir à l'instrument tranchant. Bien plus, un scarificateur terminé par une tige très-fine ne put s'engager, faute de pouvoir être dirigé par le tube.

Force fut donc de se servir de la tige-bougie comme conducteur, et de faire glisser sur elle jusqu'au rétrécissement un tube de même diamètre qu'elle et portant latéralement à son extrémité une lame en demi-fer de lance, le tout recouvert d'une gaîne. Arrivée à l'obstacle, la lame fut poussée au travers et le divisa. Elle ne peut s'égarer et dépasser la tige, retenue qu'elle est par l'olive terminale. M. Mercier préférerait aujourd'hui une lame de chaque côté du tube pour conserver la rectitude du canal, circonstance favorable au passage ultérieur des bougies.

Le résultat de cette opération fut excellent ; au bout de peu de jours, des bougies de 8 millimètres 1/2 passaient dans le canal.

L'auteur fait remarquer combien la marche qu'il a suivie est préférable à celle qui consiste à pratiquer un canal artificiel toujours difficile à établir, où l'on crée un trajet nécessairement plus long que celui qu'il remplace, un canal tortueux, éminemment cicatriciel, et par conséquent rétractile.

---

**Ophthalmie produite par le soufrage des vignes.** Depuis quelques années, dit M. Bouisson, l'opération agricole du soufrage des vignes dans le midi de la France nous a

donné l'occasion d'observer un grand nombre d'ophthalmies. La plupart des travailleurs chargés de cette opération, qui se renouvelle depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'août, à chaque invasion de l'oïdium, sont atteints d'une irritation oculaire plus ou moins intense. Certains sont obligés de renoncer à ce genre d'occupation.

L'ophthalmie produite par le soufrage des vignes, que pour abréger on pourrait nommer *ophthalmie des soufreurs*, rentre dans la catégorie des inflammations par cause externe; elle est généralement peu grave, et consiste dans une conjonctivite. Elle se distingue plutôt par sa cause que par la spécialité de ses caractères.

Les travailleurs atteints de cette affection ont les yeux rouges, larmoyants, tuméfiés; ils éprouvent une douleur pongitive assez pénible, surtout pendant le milieu de la journée, lorsque la chaleur, la lumière et la réverbération sont intenses. Ils se plaignent de photophobie et d'irradiations douloureuses vers le front. Cette irritation s'apaise par le repos de la nuit et par des lavages à l'eau fraîche. Mais l'irritation se reproduit par la même cause, et l'accumulation des effets ne tarde pas à se traduire par une ophthalmie plus ou moins intense. Celle-ci se manifeste sous plusieurs formes.

1° La plus commune est l'inflammation de la caroncule lacrymale et du repli semi-lunaire de la conjonctive. L'examen de l'œil fait découvrir à son grand angle des particules sulfureuses masquées par du mucus, mais dans lesquelles l'examen microscopique fait retrouver les caractères du soufre sublimé ou trituré.

2° Une autre plus sérieuse est la conjonctivite proprement dite. Elle est ordinairement à forme aiguë, sans atteindre jamais le degré purulent. Il est très-rare qu'elle occasionne des taches kératiques ou d'autres désordres graves. Chez les sujets affectés de dyscrasie, elle prend une marche chronique, revêt surtout les caractères de l'ophthalmie tarsienne, et occasionne la lippitude et la chute des cils.

3° Une troisième forme d'irritation oculaire s'accompagne d'ecchymoses sous-conjonctivales.

Les moyens à opposer à l'ophthalmie des soufreurs sont prophylactiques ou curatifs.

Les premiers consistent surtout dans le choix des soufres, dans l'adoption de bons instruments, dans l'emploi de voiles ou de lunettes, et dans quelques pratiques hygiéniques après le soufrage.

Parmi les moyens récemment proposés pour le soufrage économique de la vigne, le mélange de soufre et de chaux s'est montré nuisible, et a rendu les ophthalmies plus fréquentes. Le soufre plâtré, au contraire, est mieux supporté par les yeux, mais il ne paraît pas exempt d'inconvénients pour les organes respiratoires.

Lorsque, malgré les précautions susindiquées, l'ophthalmie se produit, on la combat avec succès par les méthodes de traitement qui conviennent aux conjonctivites franches. (*Compte rendu de l'Ac. des sciences*, août.)

## VARIÉTÉS.

*De la restauration mécanique de la mâchoire inférieure.*

La position du maxillaire à la partie inférieure du visage, le peu d'épaisseur des téguments qui le recouvrent, la saillie du menton, ce trait caractéristique de la face humaine, font que les violences physiques y produisent des lésions plus fréquentes et plus étendues qu'à la mâchoire supérieure. De plus, par suite d'une disposition dont il est plus difficile de se rendre compte, les lésions vitales et organiques, réclamant l'intervention de la médecine opératoire, y sont également plus nombreuses. En présence de ces faits, on comprend que les occasions de restaurer le maxillaire n'ont pas dû faire défaut, et que pour les exemples que nous devrons fournir, nous n'aurons que l'embarras du choix.

On a vu que pour la restauration du maxillaire supérieur, l'œuvre de la prothèse était d'autant plus simple que la perte de substance était moins étendue; il n'en est pas de même pour la mâchoire inférieure. Les muscles nombreux qui meuvent ces os et leur mode d'action font que, dès qu'une simple solution

de continuité existe dans toute la hauteur du corps du maxillaire, les fragments dévient de leur direction normale, et d'une façon d'autant plus prononcée que la section occupe un point plus antérieur.

La cicatrisation des parties se produisant dans cette situation anormale, la prothèse n'a pas seulement à combler la perte de substance; les dents qui garnissent les fragments du maxillaire inférieur ne correspondent plus à celles de la mâchoire supérieure : de sorte que, pour rendre la mastication des aliments possible, il faut qu'une pièce artificielle vienne former une arcade dentaire supplémentaire, occupant la direction de celle qui est déviée.

La mutilation peut porter sur la partie antérieure, sur une des parties latérales, ou sur toute l'étendue du corps de l'os. La mobilité du maxillaire et l'énergie des mouvements nécessaires pour la mastication rendent toujours l'œuvre de la prothèse plus difficile que dans les cas de pertes de substance du maxillaire supérieur.

Nous aurions voulu pouvoir citer des faits de simple résection du bord supérieur de l'os; mais les chirurgiens, même quand la chose est possible, négligent ces opérations, malgré les grands avantages qui en résulteraient pour leurs malades. Les incertitudes du diagnostic les conduisent souvent à sacrifier l'os dans toute sa hauteur. Pourquoi ne pas respecter tout d'abord la base du maxillaire et même sa table interne, sauf à l'enlever dans un second temps, si la nature de la lésion ou l'étendue du mal réclame ce sacrifice? Les faits que nous allons produire éveilleront leur sollicitude à cet égard, en leur montrant les résultats fâcheux pour l'exercice des fonctions de la bouche des pertes de substance intéressant toute la hauteur de l'os.

Avant d'aller plus loin, nous devons revenir sur un point de l'historique de la restauration mécanique des mâchoires que nous avons donné au début de notre étude. M. le professeur V. Bruns, de Tubinge, a eu l'obligeance de nous communiquer la brochure de Siebold, ce qui nous permet de combler la lacune laissée dans notre premier article.

Le travail de Siebold contient seulement une observation accompagnée de planches. Des trois figures qui y sont représentées, nous reproduisons celle de la prétendue mâchoire artificielle. Cet appareil, on va le voir, n'est autre que notre *menton d'argent*; il cachait la difformité du mutilé, mais ne remédiait en rien aux inconvénients produits par la perte de substance du maxillaire inférieur. Voici le titre de la brochure et une courte analyse du fait qui s'y trouve relaté.

*Histoire d'un malheureux qui a perdu la mâchoire inférieure par un coup de feu, avec des figures représentant son état actuel, ainsi que l'appareil dont il se sert pour remplacer la mâchoire qui lui manque.*

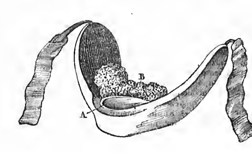
J. Wagner, de Berlin, âgé de trente-deux ans, assistant à un tir à la cible, en 1786, eut le malheur d'être atteint par une balle de fusil qui lui fracassa les maxillaires supérieur et inférieur. Trois mois et demi après son accident, la cicatrisation des parties était complète, mais il lui resta de graves infirmités; il ne pouvait prendre aucun aliment solide, et, de plus, la salive sortait continuellement de sa bouche, surtout après les repas. Son langage était intelligible seulement pour ceux qui vivaient avec lui.

Lorsque Siebold le vit, treize années après, il était dans l'état suivant : la balle, ayant pénétré de droite à gauche et d'arrière en avant, a enlevé deux incisives, la canine et trois molaires, ainsi que le bord du maxillaire supérieur

gauche dans lequel ces dents étaient implantées. Quant au maxillaire inférieur, la majeure partie de son corps a été détruite, il est resté seulement les portions des branches de cet os qui supportaient les deux dernières molaires. La lèvre inférieure manque complétement, et les extrémités des branches du maxillaire adhérentes au tégument sont ramenées en dedans par le jeu des muscles du plancher buccal. La pointe de la langue, privée de son soutien naturel, pend sur la cicatrice du menton.

Son langage est devenu moins inintelligible; mais il n'a rien gagné au point de vue de son alimentation, il ne peut se nourrir que d'aliments liquides.

Pour diminuer l'aspect hideux de ce mutilé et dans l'espérance d'améliorer sa prononciation en donnant un point d'appui à sa langue, un chirurgien de Berlin, M. Mursinna, lui a fait construire l'appareil ci-joint, qu'on fixe au moyen de bandes élastiques passant sur le vertex. Cette mâchoire artificielle est en argent, elle contient à l'intérieur une éponge B pour absorber la salive, sa face externe est peinte couleur chair.




Cet appareil, dit Siebold, est si heureusement construit, que l'illusion est complète. Il paraît que la prothèse de la fonction ne fut pas aussi fructueuse que celle de la forme, car ce chirurgien ajoute : « Quant au langage, il ne gagne presque rien. Le malade, étant géné par cette mâchoire artificielle, ne s'en sert que très-rarement et préfère faire usage d'un mouchoir dans lequel il place son éponge. »

Cette observation est un simple document historique sur l'état de la prothèse à la fin du siècle dernier ; elle ne contient aucun enseignement.

---

Par divers décrets en date des 13 et 14 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de grand-croix.* — M. Dumas (de l'Institut), vice-président du Conseil impérial de l'instruction publique.

*Au grade de commandeur.* — MM. Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; — Ceccaldi, médecin inspecteur.

*Au grade d'officier.* — MM. Grisolle, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; — Guibourt, professeur à l'École de pharmacie de Paris ; — De Quatrefages de Bréau, professeur au Muséum ; — Puydebat, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Bordeaux pendant vingt-six ans ; — Châtelain et Villamur, médecins principaux de 1re classe ; — Canolle, chirurgien principal de la marine en retraite ; — Drouet, second chirurgien en chef de la marine ; — Fontaine, 1er pharmacien en chef de la marine ; — Chaspoul, chirurgien de 1re classe de la marine ; — Pasteur (de l'Institut) ; — Boucher de Perthes, le savant archéologue ; — Chapuis, 1er médecin en chef de la marine de la Martinique ; — Lhéritier, médecin inspecteur de l'établissement thermal de Plombières ; — Parrot, médecin à Périgueux.

*Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Maisonneuve, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris ; — Rochard, médecin des prisons de la Seine ; — Antelme, inspecteur général du service des aliénés ; — Schaeuffele, président de

la Société de pharmacie de Paris; — Comtesse, médecin en chef de l'hôpital de Lons-le Saulnier; — Salle, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Châlons; — David (de Nevers); — Arthaud, médecin du service des aliénés du département du Rhône; — Davat, maire d'Aix-les-Bains; — Félix, maire de L'Isle (Vaucluse); — Gallart, lauréat des hôpitaux; — Piogey, lauréat de l'Ecole de médecine; — Beaufils et Rol, médecins-majors de 2e classe; — Casteran et Gavrelle, médecins aides-majors; — Bose, pharmacien-major de 1re classe; — Jalabert, médecin-major de 1re classe; — Demonts, pharmacien-major en retraite; — Le Boucher, ancien officier de santé militaire; — Prat, chirurgien de 1re classe de la marine, en retraite; — Maurin, chirurgien auxiliaire de la marine, en retraite; — Fabre, médecin de la grande chancellerie de la Légion d'honneur; — Chevreul, ancien chirurgien sous-aide; — Moitrier, pharmacien-major, en retraite; — Billard, médecin de la maison de S. A. I. le prince Napoléon; — Jadelot, médecin du service du grand écuyer; Sanderet de Valonne, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Besançon; — Josse, professeur à l'Ecole d'Amiens; — Rousseau, aide-naturaliste au Muséum; — Barthélemy, Guillasse, Louvel, Griffon du Bellay, Pommier, chirurgiens de 1re classe de la marine; — Moudière, chirurgien de 2e classe de la marine; — Eschauzier, chirurgien auxiliaire de 2e classe de la marine; — Audibert, pharmacien de 1re classe de la marine; — Legal (de Dieppe); — Souques (de la Guadeloupe); — Allard, médecin inspecteur des eaux thermales de Royat; — Leccio, médecin sanitaire à bord des paquebots des Messageries impériales; — Dagoreau, médecin des épidémies (Sarthe); — Ragaine, médecin des épidémies (Orne); — Kühn, médecin inspecteur des eaux thermales de Niederbronn; — Lemonnier, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes; — Lafosse, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse.

---

Sont nommés: A deux emplois de médecin principal de 1re classe, MM. les médecins principaux de 2e classe, Cuvellier et Périer.

A deux emplois de médecin principal de 2e classe, MM. les médecins-majors de 1re classe Frasseto et Houuau.

---

Par décret en date du 16 août, il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille une chaire spéciale de physiologie et une chaire d'histoire naturelle médicale. Ces deux nouvelles chaires seront confiées à deux professeurs titulaires, et le nombre des professeurs adjoints de ladite Ecole sera réduit d'autant au fur et à mesure des vacances d'emploi. La chaire actuelle d'anatomie et de physiologie est transformée en une chaire spéciale d'anatomie.

---

Par décision impériale du 12 août, les récompenses honorifiques suivantes ont été accordées aux médecins des Sociétés de secours mutuels dénommés ci-après. *Médaille d'or:* M. le docteur Fontès (Paris). — *Médailles d'argent:* MM. les docteurs Missa (Soissons), Périat (Tournon), Devillers (Arras).

Nous avons deux morts regrettables à enregistrer:

M. le docteur Reybard, de Lyon, que l'Académie de médecine avait nommé membre correspondant dans une de ses dernières séances, vient de succomber aux suites d'une piqûre qu'il s'était faite en opérant un malade dans le service de M. Gosselin.

M. le docteur Toirac, esprit charmant et confrère aimé autant qu'estimé, a été enlevé en deux jours par un anthrax malin.

---

M. le docteur Sabatier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Montpellier.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Du vomissement dans la convalescence des maladies aiguës et de son traitement par l'alimentation et la pepsine [1].

Par M. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

La thérapeutique des maladies n'est pas grand'chose sans le secours du régime, et c'est surtout par la diététique qu'on favorise l'effet des médicaments. Sans diététique, il n'y a pas de véritable médecine. On pourra en juger dans l'instant par les développements que je vais donner à cette pensée. Mais avant d'aller plus loin, je veux évoquer les souvenirs de la clinique d'Hippocrate.

Pour cet illustre médecin, l'insuffisance des aliments canse un très-grand nombre de maladies, et modifie lenr physionomie en changeant tous leurs symptômes, leur marche, leur durée, leurs terminaisons. Dans les maladies aiguës, l'abstinence amène l'anxiété, l'insomnie, le délire, le trouble de la vue, les tintements d'oreilles, des vertiges, l'angoisse de la respiration ; elle empêche la résolution et favorise le passage à l'état chronique. C'est alors qu'il ajoute : « Il est honteux de ne pas connaître les symptômes engendrés par l'inanition. Beaucoup de médecins les produisent par une diète trop prolongée; alors il survient un autre médecin, ou même un homme étranger à la médecine et qui ramène tout simplement à la santé un homme qu'on croyait perdu. C'est ainsi qu'on déconsidère la médecine. »

Ces paroles d'Hippocrate, mille et mille fois redites ou commentées depuis des siècles, trouvent aujourd'hui dans une des malades soumises à votre observation l'appui sans lequel elles n'auraient pas de raison d'être. J'en admire toujours la profondeur. Elles révèlent un talent clinique de premier ordre, qui s'est plusieurs fois perdu dans la suite des âges, et qui n'existait chez presque personne en France il y a trente ans. Notre génération commence à vouloir profiter de nouveau de cet enseignement du passé, et désirant contribuer à sa vulgarisation, je ne veux pas laisser passer inaperçu le fait d'une de nos malades, couchée au numéro 7 de la salle Sainte-Catherine : il s'agit d'une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde adynamique et ataxique des plus graves, alimentée dès le début, presque convalescente, et chez laquelle se sont produits des vomissements nerveux, guéris par l'alimentation.

Les vomissements nerveux, quelquefois incoercibles, sont assez

[1] Extrait d'une leçon clinique faite en juillet dernier.

fréquents au moment de la convalescence des fièvres typhoïdes soumises à une diète trop prolongée ou trop rigoureuse. J'en ai vu bien des exemples. Il importe de connaître ces faits pour bien juger la situation dans ces cas, toujours difficiles, et pour « qu'un autre médecin ou une personne étrangère à la science, » selon l'expression hippocratique, ne vienne pas après vous pour avoir raison contre vous. Les erreurs de ce genre sont très-préjudiciables à la science, parce qu'elles frappent beaucoup l'esprit du vulgaire, et qu'on ne peut comprendre comment des médecins distingués laissent souffrir d'inanition des malades, qu'une personne étrangère à la profession ramène à la vie.

Nous nous éloignons chaque jour davantage de l'époque où ont été observés tant de faits déplorables ; mais si loin que remontent ces erreurs, leur exemple n'a pas été perdu pour nous. Il nous a, au contraire, très-grandement profité. Pendant vingt ans, sous l'influence de Broussais, la fièvre typhoïde fut considérée comme une simple phlegmasie et décorée du nom significatif de *gastro-entérite*. La gastralgie elle-même était une gastrite et traitée comme telle par la diète, l'eau de gomme et les sangsues. Ce qu'il y eut alors de malades exténués par l'inanition est incalculable, et l'abus des émissions sanguines locales fut tel que les sangsues n'avaient plus le temps de se reproduire. On épuisa même bientôt tous les marais de France où elles se trouvaient, et peu s'en est fallu qu'on ne fût obligé de cesser leur emploi faute de pouvoir s'en procurer. Grâce au prodigieux talent et à l'éloquence de Broussais, toute une génération de médecins, les plus grands et les plus petits, courbés sous la domination de cette doctrine aujourd'hui abandonnée, suivit ces errements de l'abus des antiphlogistiques, c'est-à-dire de la diète et des saignées à outrance.

Nous sommes déjà tombés dans un excès contraire, tant il est vrai de dire que l'homme va sans cesse d'un extrême à l'autre. Aujourd'hui, on ne saigne plus là où il faudrait extraire du sang, et quelques-uns de nos étudiants pourraient quitter Paris sans avoir fait, ni même vu faire une saignée. Quel malheur que ces entraînements, lorsqu'il s'agit de la pratique médicale, et combien la science n'a-t-elle pas à en souffrir ! Mais passons.

Je disais donc que, pendant vingt ans, toute une génération, courbée sous l'autorité d'un talent incontestable, avait adopté, comme base de la thérapeutique des maladies aiguës et chroniques, l'inanition et les émissions sanguines générales ou locales. L'excès de la doctrine devait la faire périr.

D'où est venue la réforme? D'un charlatan, comme au temps d'Hippocrate, et c'est là la punition du système et des défaillances d'esprit de ceux qui, capables d'en arrêter les abus, se sont soumis comme les plus ignorants. Oui, c'est un empirique, que je n'ai pas à nommer, et qui, non content des voies honnêtes de l'enseignement libre et de la presse pour dire à ses confrères : « L'inanition et les sangsues produisent des accidents nerveux graves; méfiez-vous de cette thérapeutique; les gastro-entérites et les gastralgies, traitées de cette façon, tombent dans un état nerveux inévitablement mortel; les côtelettes, la viande rôtie et un peu de bon vin valent mieux que l'eau de gomme ou des sangsues au ventre, » s'est jeté dans des procédés que n'accepte pas la vraie science. Il pouvait se faire le plus grand honneur par cette réforme et nécessairement ensuite beaucoup d'argent. Trop pressé d'atteindre l'argent, le reste lui a fait défaut, et son nom est mort avec lui.

Quoi qu'il en soit, la lumière s'est faite, et du vivant même de Broussais, le traitement de la gastralgie chlorotique et de la fièvre typhoïde se modifia peu à peu, et scientifiquement, les découvertes de l'hématologie moderne achevèrent ce que l'empirisme avait commencé. Il n'y a plus aujourd'hui que de rares retardataires dans cette réforme, mais ceux-là sont assurément des incurables qui ne guériront jamais de leur obstination.

C'est par le régime, autant que par la pharmacie, qu'on guérit les maladies aiguës. Vous en avez la preuve incontestable sous les yeux.

Une jeune fille de treize ans, nommée Beaumont, entre au numéro 7 de la salle Sainte-Catherine, pour une fièvre typhoïde au douzième jour, traitée jusque-là pour une méningite, à cause du délire, des vomissements, de la constipation et de la fièvre observés chez elle.

A son entrée, bien qu'elle eût encore du délire, de la stupeur, des vomissements et de la constipation avec fièvre, nous pensâmes qu'elle avait une fièvre typhoïde ataxo-adynamique. En effet, avec l'état fébrile, il y avait de la stupeur, du délire, sans épistaxis ni céphalalgie. La langue et les lèvres étaient sèches; le ventre, tendu, était ballonné au lieu d'être aplati; une faible douleur avec gargouillement existait dans la fosse iliaque droite, bien qu'il y eût des selles moulées; des *taches rosées lenticulaires* existaient sur le ventre, et enfin on constatait une toux fréquente, grasse, avec des râles sibilants dans les deux poumons.

Le diagnostic ne tarda pas à se confirmer davantage. La diarrhée

succéda naturellement à la constipation. Des escarres commencèrent à se former sur les trochanters, et la fièvre présenta, comme il arrive souvent dans la fièvre typhoïde, un paroxysme quotidien régulier vers quatre heures du soir.

Ma prescription fut immédiatement de *l'eau* et du *vin*, 150 grammes par jour, *trois bouillons*, et du *sulfate de quinine*, 15 centigrammes, aussitôt après la fin du paroxysme. En même temps, des morceaux de baudruche gommée furent mis sur les escarres pour les empêcher de s'étendre ; ce qui réussit à merveille.

Pendant toute la durée de la maladie, ce traitement fut continué. Il n'y eut pas un seul jour de diète ; toujours de l'eau vineuse, des bouillons, et plus tard, des potages furent donnés à l'enfant. Cela dura dix-huit ou vingt jours.

Nonobstant ce régime, nous avons vu survenir au trente-deuxième jour une recrudescence de la fièvre (120 pulsations) et le vomissement de tous les aliments prescrits. L'enfant restait dans l'abattement, avec de la toux, des râles sibilants disséminés, sans appétit, le ventre indolent et avec des selles moulées quotidiennes. Ce sont les vomissements sur lesquels devait se fixer notre attention ; car de la manière dont on envisage la cause des complications dépend la vie ou la mort du malade.

Laissant de côté les symptômes de la maladie antérieure à peu près terminée, pour ne m'occuper que de ces derniers phénomènes, j'ai dû en rechercher la cause.

Qu'étaient ces vomissements ? dépendaient-ils d'une gastrite, d'une péritonite latente, ou enfin fallait-il les considérer comme des vomissements nerveux ? En les attribuant à une péritonite ou à une gastrite, le traitement à mettre en usage était tout différent de celui qu'il fallait instituer dans le cas où ils seraient le résultat d'une névrose. Du diagnostic découlait donc des indications curatives importantes.

Je me hâte de le déclarer, il ne s'agissait point chez notre malade de vomissements dus à une gastrite ou à une péritonite. Le facies n'était pas altéré, et il n'y avait aucune sensibilité du ventre ou de l'épigastre.

Nous avions affaire à des vomissements nerveux dus à la faiblesse occasionnée par une longue maladie aiguë, par l'inanition, bien que la malade ait été toujours alimentée, par l'indigestion des aliments liquides ou demi-liquides, enfin par l'altération des sucs de l'estomac. Avec ce diagnostic, il fallait alimenter l'enfant d'une façon plus substantielle, supprimer en partie les boissons qui étaient

facilement vomies, donner des soupes épaisses, de la viande et de la pepsine. C'est ce que j'ai fait, et le résultat obtenu est venu montrer, d'une part, la sûreté du diagnostic, et de l'autre, l'importance du régime à une certaine période de la convalescence des maladies aiguës.

Les deux premiers jours, l'enfant n'a pas vomi sa côtelette ; mais au troisième jour, elle a eu un petit vomissement, et c'est alors que j'ai administré, deux fois par jour, 25 centigrammes de pepsine, médicament nouveau introduit dans la pratique par le docteur Corvisart.

Dès ce moment, les vomissements ont cessé, la fièvre a diminué de jour en jour jusqu'à 80 pulsations, la gaieté, la vivacité, les forces sont revenues, et l'enfant, qui semblait être plus près de la tombe que des joies de la vie, est aujourd'hui hors de danger.

Dans la situation difficile de pratique où nous étions, il fallait saisir l'occasion d'agir, sans cela le résultat n'eût pas répondu à nos prévisions. C'était d'autant plus important que, si nous eussions autrement agi, les vomissements eussent pris le caractère de vomissements incoercibles, eussent amené rapidement l'algidité, le délire, l'amaigrissement et la mort, comme j'en connais de trop nombreux exemples.

Ces faits sont plus communs qu'on ne le croit ; j'en ai vu pour ma part plusieurs autres que je veux raconter brièvement. L'un d'eux est relatif à la fille d'un de nos confrères de Suresnes. Je l'ai observé l'an dernier. Il s'agit d'une enfant de huit ans qui fut, en 1862, affectée d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, avec violent délire, dont la durée remontait à un mois. Elle était tombée dans un état mental accompagné de fièvre qui ressemblait à de la folie, ne connaissant plus ses parents et jetant continuellement sa tête contre les barres de son lit. Je pensai que ces accidents, provoqués par la maladie, étaient surtout le résultat de l'inanition, et, avec le sulfate de quinine indiqué par l'existence de paroxysmes fébriles réguliers, je fis nourrir l'enfant d'une façon plus substantielle, et elle guérit.

Un autre cas est relatif à une jeune femme pour laquelle me demanda le docteur Millot. Cette dame, depuis un mois malade pour une petite fièvre continue, purgée à plusieurs reprises et mise à une diète raisonnable, ne se rétablissait point ; au contraire même son état empirait tous les jours. Extrêmement amaigrie, elle avait une fièvre assez forte et continue, sa langue était blanche, couverte d'un enduit épais de quelques millimètres, elle n'avait aucun ap-

pétit et *vomissait* toutes ses boissons. Elle avait, en outre, un ptyalisme considérable. Après l'avoir examinée avec soin et exploré tous les viscères sans exception, y compris l'utérus, assuré qu'il n'existait aucun état de grossesse ou de maladie matérielle dans les organes, je pensai que les vomissements incoercibles, le ptyalisme et la fièvre observés chez la malade étaient le résultat de l'inanition. J'attribuai donc ces accidents à un état nerveux, et je proposai à mes confrères d'administrer des affusions froides et de donner de la viande de côtelette ou de bifteck à manger. Un peu surprise, la malade hésitait beaucoup, elle déclarait ne pouvoir avaler, mais je maintins ma prescription. Il fallait s'alimenter ou mourir. La malade se décida. La viande ne fut pas une seule foie rejetée. Chaque jour elle prenait son affusion froide et ses aliments solides, qu'elle digérait à merveille. On vit bientôt, sous l'influence de ce régime réparateur, la fièvre tomber, le ptyalisme disparaître; les forces et l'embonpoint revinrent ensuite, et au bout d'un mois je vis la malade, qui vint me remercier à Paris. Il y a dix ans peut-être que ce fait s'est passé, et cette damo continue à se bien porter.

Il n'est pas de médecin qui n'ait observé de faits semblables ou analogues, car ils commencent à être de nouveau assez bien connus. Seulement, ils resteront toujours d'une interprétation et d'un diagnostic difficiles. La jeune fille couchée dans nos salles, et au sujet de laquelle je viens de présenter ces observations en est la preuve. Aussi, je le déclare en toute sincérité, bien que j'aie sérieusement étudié les accidents nerveux de tout genre produits par la convalescence des maladies aiguës, par la faiblesse qu'elles entraînent ou par l'inanition, je suis toujours un peu incertain ou hésitant lorsqu'il s'agit d'apprécier la nature des vomissements qu'accompagne la fièvre ou d'autres accidents nerveux à la fin d'une maladie grave. Ce n'est que par suite d'un examen fait à plusieurs reprises pour constater l'intégrité des organes, et en tenant compte des circonstances au milieu desquelles se sont produits les troubles nerveux, qu'on peut en discerner la véritable cause et les rapporter à l'inanition. Il n'y a même que le traitement qui puisse démontrer la justesse du diagnostic, et si, comme on vient de le voir, l'alimentation substantielle accompagnée de quelques centigrammes de pepsine arrête les vomissements, c'est qu'ils étaient dus réellement à l'inanition et à l'altération des sucs de l'estomac.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

## De la combinaison du broiement de la pierre et de la taille ([1]).

Par M. le professeur ALQUIÉ, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu
de Montpellier.

OBS. II. *Calcul vésical volumineux.* — *Rétrécissement de l'urètre.* — *Dilatation de ce canal.* — *Lithotritie entreprise dans le but de préparer la taille au fixe-pierre.* — *Guérison par le broiement seul.* — Thomassin, Louis, âgé de vingt-sept ans, soldat depuis deux ans, offre une constitution délicate, un tempérament lymphatique, mais n'a pas eu d'autres maladies que celle pour laquelle il est entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, à la fin du mois d'octobre 1862. Depuis trois ans environ, il se livra à des excès considérables de boissons alcooliques et ne tarda pas à être tourmenté des symptômes d'un catarrhe de vessie. Malgré divers remèdes mis en œuvre, cette maladie fit des progrès et fut compliquée de rétrécissement notable de l'urètre, qui l'obligea d'entrer dans un hôpital où il fut soumis à la dilatation du rétrécissement à l'aide de sondes. Malgré ce traitement, la maladie offrant les caractères de la phlegmasie de l'urètre, de la prostate, de la vessie, on évacua ce militaire sur l'hôpital de Montpellier.

1er novembre 1862. A notre examen, cet homme nous présente une constitution profondément altérée, les symptômes de la pierre compliquée d'un catarrhe chronique de la vessie, d'hématurie, et d'un rétrécissement considérable de la portion membraneuse de l'urètre. A peine il nous fut permis d'introduire une petite bougie jusque dans la vessie, où il nous parut sentir la présence d'un calcul volumineux (régime léger, bains de siége, onctions belladonées sur le périnée, tisane émolliente). Nous introduisons avec peine une bougie étroite d'abord, et progressivement plus forte. A plusieurs reprises, nous sommes obligé de suspendre l'emploi de sondes; enfin, après trois semaines de ce traitement, nous parvenons à porter dans la vessie des sondes du plus fort calibre, après avoir débridé le méat urinaire. A la faveur de ces sondes, et même du lithotriteur et du fixe-pierre, nous constatons à plusieurs reprises la présence d'un calcul ayant 3 centimètres à l'un de ses principaux diamètres.

24. Vu le catarrhe considérable de la vessie, les dépôts purulents et sanguinolents des urines, les douleurs de reins, la susceptibilité excessive et l'affaiblissement de cet homme, le volume de la pierre, nous jugeons que la taille est préférable à la lithotritie. Toutefois, afin de diminuer le volume du calcul et d'amoindrir les principaux dangers de la cystotomie, nous nous proposons de pratiquer d'abord quelques séances de broiement, autant que l'état du malade le permettra et d'effectuer en dernier lieu la taille au fixe-pierre. En conséquence, nous procédons à la première tentative de broiement, qui

([1]) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 159.

procure l'expulsion d'une notable quantité de graviers grisâtres de volume médiocre. Mais de la fièvre et de la surexcitation des organes urinaires en sont la suite. Aussi, malgré les bains, le régime sévère, les émollients, etc., sommes-nous obligé de retarder de dix jours la deuxième séance de lithotritie.

3 janvier 1863. Une nouvelle séance permet de constater que la pierre a encore 3 centimètres dans le diamètre saisi par l'instrument. Elle est suivie de l'expulsion successive de plusieurs fragments, dont un offre plus de 1 centimètre d'épaisseur. Toutefois, le malade accuse de fortes douleurs au bas-ventre, des nausées; il éprouve des vomissements répétés, des douleurs aux lombes, de la fièvre, etc. (onctions mercurielles sur l'abdomen, topiques émollients, narcotiques, bains, tisanes émollientes, etc.). L'état de ce militaire s'améliore enfin; la fièvre et les vomissements cessent, les urines deviennent moins fréquentes et moins chargées. La quantité de fragments déjà rendue est assez considérable, la réduction du calcul constatée par la sonde est assez sensible, et l'amélioration générale de cet homme assez prononcée pour que nous prévoyions l'inutilité de la taille.

12. Dans cette séance, nous saisissons plusieurs gros fragments que nous nous efforçons de réduire en petits graviers. Le malade ne tarde pas à en rendre un bon nombre, parmi lesquels il s'en trouve du volume d'un pois chiche. Ce résultat démontre que le rétrécissement de l'urètre a été bien dilaté et que la guérison de cet homme est à peu près assurée. Du reste, tout annonce ce prochain résultat (régime léger et boissons tempérantes).

19. Cette quatrième séance de broiement est aussi fructueuse que les précédentes; de gros fragments sont encore expulsés, et, parmi eux on en remarque un de forme cubique de 12 millimètres de diamètre (régime augmenté, onctions anodines sur l'abdomen, bains).

22. Une nouvelle exploration ne nous permet pas de sentir de fragments dans la vessie; néanmoins ce militaire rend le lendemain un gros fragment sans accident. Dès lors, son état local et général s'améliore notablement (régime copieux, boissons émollientes, frictions anodines, etc.).

28. L'introduction d'un ramasseur nous fait sentir un petit fragment facilement écrasé. Une autre tentative de ce genre nous donne un résultat pareil, et provoque l'expulsion de petits graviers.

31. Un petit calcul vient s'arrêter à la fosse naviculaire où nous en faisons l'extraction; l'action d'une sonde à double courant n'entraîne aucun débris.

3 février. Une nouvelle exploration ne nous fournit aucun corps étranger, ce qui concorde avec le rétablissement de la miction, et de l'état à peu près normal des urines et de la santé de cet homme.

28. La santé de ce militaire est entièrement rétablie; les fonctions urinaires ont repris leur régularité; la quantité de fragments conservés dans une boîte démontre que le calcul avait le volume d'une grosse noix. L'analyse faite par M. le docteur Moitessier, agrégé et chef des travaux chimiques de la Faculté, montre que cette pierre est composée de phosphate de chaux pur. Ce militaire ne

tarde pas à quitter l'Hôtel-Dieu pour aller jouir dans sa famille de six mois de convalescence.

Voilà donc un exemple remarquable, auquel nous en ajouterons plusieurs autres dans le courant de ce travail, en faveur de la prééminence du mode d'opération que nous préférons. En associant le broiement à la cystotomie, nous pouvons éviter de recourir à cette dernière opération, qui pouvait d'abord paraître indispensable, et guérir le malade par la lithotritie seule ; tandis qu'en adoptant la manière d'agir opposée, on pratique d'abord au périnée une boutonnière qui n'est pas elle-même exempte de danger, et qui le devient bien moins encore quand on y ajoute l'irritation répétée de la plaie par les instruments de lithotritie et par la sortie ou l'extraction de fragments nombreux et irréguliers.

Les suites même de cette boutonnière peuvent laisser un rétrécissement ou une fistule urinaire. Il nous paraît donc bien plus prudent de pratiquer le broiement par les voies naturelles et d'extraire ensuite, si le cas l'exige, le noyau ou les gros fragments du calcul par une ouverture étroite faite à la région prostatique. Nous irions même, chez les personnes âgées ou irritables, jusqu'à retirer le noyau ou un des gros fragments dans une première séance, renvoyant à plusieurs jours d'intervalle, alors que les chances des accidents primitifs auraient disparu, l'extraction ou l'expulsion des autres débris de la pierre ; nous avons été sur le point de suivre cette indication sur un de nos opérés, dont on lira plus loin l'intéressante histoire. Voici, du reste, un exemple heureux de cette manière d'agir.

Obs. III. *Calcul volumineux.— Plusieurs séances de lithotritie.— Taille au fixe-pierre. — Extraction du noyau du calcul.— Guérison.* — Pascal, Gonzague, âgé de dix-sept ans, offrant une constitution délicate, vient à l'Hôtel-Dieu le 18 avril 1862. Depuis son enfance il ressent les douleurs qui annoncent la présence dans la vessie d'un calcul, lequel a été constaté depuis peu de temps seulement, à l'aide du cathétérisme. Nous ne tardons pas à reconnaître l'existence de ce corps étranger.

21 avril. Nous pratiquons une première séance de broiement ; dans la journée, ce jeune homme rend quelques fragments de pierre. D'abord, il ne survient pas de fièvre, mais les urines donnent un dépôt muco-purulent et sont rendues avec peine (régime sévère, bain, tisane de chiendent, potion morphinée).

3 mai. Nous introduisons un fixe-pierre avec lequel nous ne pouvons pas saisir le calcul ; un peu de sang se mêle aux urines qui sont rendues avec douleur et laissent déposer un mucus épais (mêmes prescriptions).

8. Nous renouvelons la tentative précédente avec un pêche-

pierre, et nous n'obtenons pas de meilleur résultat. Le malade en éprouve des douleurs assez vives; les urines sont purulentes (mêmes prescriptions).

12. Nouvelle tentative avec le fixe-pierre sans plus de succès.

15. Nous employons un brise-pierre, mais nous ne sommes pas plus heureux.

21. Une cinquième recherche faite à l'aide du Heurteloup nous permet de retrouver le calcul dans une loge située derrière la prostate. L'instrument détache plusieurs couches du corps étranger; mais, arrivé sur son noyau, qui cependant donne encore 15 millimètres dans l'un de ses principaux diamètres, cet instrument rencontre une résistance insurmontable à l'action du pignon (mêmes prescriptions). Ce jeune homme rend, pendant la journée, plusieurs graviers d'oxalate de chaux.

24. Ce malade continue à expulser des graviers de même composition; toutefois, il éprouve des douleurs assez marquées à l'hypogastre, ses urines sont chargées d'un muco-pus abondant (diète, tisane de chiendent, bains, frictions anodines sur l'hypogastre, etc.).

28. Nouvelle tentative de broiement qui ne permet de détacher que peu de graviers et fait constater de nouveau la résistance considérable du noyau. Nous soumettons ensuite ce jeune homme à la dilatation progressive du col de la vessie, à l'aide de grosses sondes élastiques, afin de favoriser l'introduction en partie de la pierre dans le col, et la taille au fixe-pierre que nous nous proposons de pratiquer bientôt.

2 juin 1862. Nous introduisons le fixe-pierre qui doit nous servir pour cette prochaine cystotomie.

6. Une quatrième séance de lithotritie nous procure la sortie de peu de graviers, vu la dureté opiniâtre du noyau. Tous les débris de la pierre expulsée sont formés d'oxalate de chaux.

11. Désirant réduire le calcul encore davantage, nous employons un lithotriteur d'un fort calibre et armé d'un pignon de la plus grande puissance. Le noyau est donc saisi de nouveau, mais résiste à l'action du pignon manœuvré avec toute la vigueur possible. Alors nous avons recours à la percussion huit fois répétée à l'aide du marteau; mais à peine quelques parcelles se détachent du corps étranger. Obligé de terminer une séance déjà trop fatigante pour le malade, nous lâchons la pierre; toutefois, les mors du lithotriteur ne peuvent être rapprochés complétement, et nous sommes contraint de retirer l'instrument avec quelque force. Des fragments très-durs engorgeaient la fenêtre du lithotriteur et avaient causé ce petit accident; ces manœuvres ont provoqué des douleurs, une petite perte de sang, de la fièvre, des urines épaisses, et démontrent l'impossibilité de poursuivre le broiement plus longtemps, enfin la nécessité de la taille pour retirer un noyau volumineux et des plus durs.

17. Des remèdes appropriés préparent ce jeune homme à subir la cystotomie au fixe-pierre. Notre instrument saisit le calcul assez facilement et l'attire dans le col de la vessie. La taille latéralisée est pratiquée et offre deux particularités dignes d'être notées. L'extré-

mité antérieure et latérale de la prostate est soumise à un débridement qui augmente l'étendue de l'ouverture, et permet d'extraire le noyau très-dur qui offre le volume d'une noix aplatie. Une hémorrhagie considérable a lieu par quatre artères, deux superficielles et deux profondes, dont nous ne pouvons déterminer l'origine, et nous oblige à porter plusieurs cautères dans la plaie et à la comprimer au moyen d'amadou et d'un appareil convenable. Ce jeune homme est reporté dans son lit et soumis aux soins ordinaires (diète, potion morphinée, etc.).

18. Le malade a un peu dormi pendant la nuit; il ne souffre pas du bas-ventre; il a rendu de l'urine par le méat; dans la soirée, nous le débarrassons de l'appareil; l'amadou s'échappe de la plaie sans amener d'écoulement de sang (mêmes prescriptions).

20. L'urine s'écoule par la plaie avec un caillot sanguin; l'état général de ce malade est très-satisfaisant (onctions anodines sur l'abdomen.)

21. Point de fièvre; la plaie suppure convenablement.

22. Pendant les efforts de miction, qui a lieu d'ailleurs toujours volontairement, ce jeune homme a expulsé plusieurs caillots. Du reste, son état général est très-satisfaisant (aliments légers).

26. L'urine s'écoule de plus en plus à travers le méat; les aliments sont progressivement augmentés, et le rétablissement du malade devient de plus en plus assuré.

4 juillet. L'urine ne passe plus par la plaie, qui se cicatrise régulièrement. Les fonctions s'exécutent d'une manière satisfaisante (tisane de chiendent, régime augmenté).

9. Ce jeune homme quitte son lit; il rend toute l'urine volontairement par le méat; nous touchons la plaie extérieure avec le nitrate d'argent. Comme la constitution de ce jeune homme est très-faible, nous le soumettons à un traitement tonique, sous l'influence duquel il reprend de l'embonpoint et des forces qui lui permettent de quitter l'Hôtel-Dieu, complétement rétabli, le 26 juillet 1862.

Ce fait nous montre d'abord la combinaison heureuse de la taille et de la lithotritie suivant le mode que nous préférons, c'est-à-dire par les voies normales; point d'infiltration d'urine, point de phlébite, ce que l'introduction très-limitée d'instruments à travers la plaie nous semblait expliquer. L'action du fer rouge nous paraît aussi propre *à prévenir* cette grave complication, comme nous l'avons déjà établi. A la vérité, l'âge encore jeune du malade a concouru à cet heureux résultat; de sorte qu'il faudrait plusieurs faits de ce genre concernant des adultes ou des vieillards pour éclairer suffisamment la question. Des cas pareils sont signalés dans les annales de l'art; mais ils sont rapportés à des calculeux jeunes, comme le malade âgé de dix-neuf ans opéré naguère par M. Civiale, qui fit l'extraction de seize fragments à travers la taille urétrale.

Toutefois, il nous semble que la phlébite est plus à craindre

après que la plaie du col vésical a été tourmentée par des manœuvres de broiement, qu'après les séances ordinaires de lithotritie. Nous redouterions d'autant plus cette manière d'agir que l'incision au col vésical ou à la région prostatique serait plus étendue ; car aux dangers de la phlogose on aurait à joindre ceux de l'infiltration d'urine. Ainsi, nous craindrions de mettre en œuvre l'instrument récemment préconisé dans ce même but par M. le professeur Nélaton, dont le volume permet de *l'introduire dans la vessie par une incision* (*extérieure sans doute*) *de 3 centimètres au plus*. Notre fixe-pierre pourrait à la rigueur être substitué avec avantage à un pareil instrument.

Une dernière remarque ressort de l'observation précédente, et a rapport à la forte perte de sang survenue pendant cette opération. La division des deux artérioles superficielles est facile à comprendre, et est d'ailleurs sans importance. Mais quant aux trois sources considérables, qui, profondément, ont donné un jet volumineux de sang, nous ne pouvons nous l'expliquer que par des anomalies qu'il est impossible de prévoir ni d'éviter.

Parmi les avantages de la *boutonnière* faite au périnée pour associer la lithotritie à la taille, on signale non-seulement la facilité plus grande du broiement, mais encore les avantages de l'extraction des fragments par cette ouverture. L'expérience nous semble démontrer que cette opinion est souvent contestable, et que l'extraction des mêmes débris de calcul à travers les voies normales, préalablement dilatées comme on l'a effectué déjà bien souvent, mérite une préférence que nous avons pu reconnaître chez plusieurs de nos opérés, et notamment dans le cas suivant.

Obs. IV. *Calcul vésical de volume médiocre. — Complications. — Lithotritie en vue de la taille au fixe-pierre. — Extraction de plusieurs gros fragments avec cet instrument et sans incision. — Guérison.* — Caravel, Honoré, âgé de cinquante-trois ans, cultivateur, né à Asprémonte (Alpes-Maritimes), doué d'une constitution athlétique et d'un tempérament bilioso-nerveux, vient à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 15 janvier 1863. Les premières souffrances de sa maladie remontent à une douzaine d'années; cependant, il y a dix-huit mois seulement que la présence d'une pierre dans la vessie fut constatée à l'aide du cathétérisme. A notre examen, nous constatons tous les symptômes rationnels de la pierre; les urines sont rendues très-fréquemment avec douleurs, chargées de beaucoup de muco-pus et parfois de sang. Cet homme se plaint de douleurs dans la verge, aux reins, à l'anus, et est tourmenté d'une chute de la muqueuse du rectum. Le cathétérisme nous permet de constater la présence d'une pierre de volume médiocre dans une vessie très-irritable. Cet homme est, du reste, d'une irritabilité et d'une indocilité

rares, et, comme il possède une constitution athlétique, les recherches sont très-peu commodes.

17 janvier 1863. Afin de mesurer le volume du calcul, nous poussons une injection émolliente dans la vessie de cet homme, et, au moyen d'un lithotriteur, nous reconnaissons que l'un des diamètres principaux a 2 centimètres 1/2.

Mais, pendant la manœuvre, le liquide injecté ne peut être retenu, l'instrument est fortement serré par la vessie, d'où nous le retirons avec grande difficulté et en entraînant entre ses mors une portion de muqueuse vésicale de 2 centimètres de longueur (onctions anodines sur l'abdomen, lavement laudanisé, bain de siége, diète, tisane de chiendent).

20. L'accident précédent n'a eu aucune suite fâcheuse, sauf quelques souffrances et une légère hématurie ; l'examen à travers le rectum nous fait penser à une légère hypertrophie du lobe gauche de la prostate, ce qui nous paraît une condition favorable à la taille latéralisée, que nous supposons indiquée chez cet homme à cause de son irritabilité générale et locale, du dépôt purulent et sanguinolent très-abondant des urines qui se décomposent promptement, et où nous découvrons des vibrions à l'aide du microscope.

28. Nous soumettons ce malade à une nouvelle exploration ; un fixe-pierre d'un fort calibre est introduit, saisit le calcul par un diamètre de 2 centimètres 1/2. Mais la vessie ne permet pas le séjour du liquide injecté et se contracte violemment sur l'instrument que nous retirons avec peine.

La taille nous paraît encore indiquée ; toutefois, afin de diminuer le volume de la pierre, nous nous proposons d'avoir recours d'abord au broiement (régime léger, bain de siége, lavement).

2 février 1863. La même exploration est répétée avec les mêmes résultats, de sorte que la contraction tétanique de la vessie nous fait redouter davantage le broiement, et sentir la nécessité de la taille au moins comme ressource terminale (mêmes prescriptions).

4. Première séance de lithotritie après chloroformisation du malade ; quoique saisie plusieurs fois, la pierre n'est entamée qu'à sa surface (bain, potion morphinée, tisane émolliente, diète, etc).

7. Deuxième séance de lithotritie ; le calcul, saisi à un fort diamètre, résiste beaucoup, de sorte que nous nous bornons à briser quelques petits fragments déjà détachés. D'ailleurs, l'expulsion violente du liquide injecté nous cause les mêmes difficultés que dans les séances précédentes. Cet homme rend bientôt des fragments par l'urètre, et parmi eux s'en trouve un de plus de 1 centimètre de diamètre. Dès ce moment, les urines deviennent moins purulentes, et l'état du malade s'améliore de manière à nous faire songer à pratiquer la cystotomie sous peu de jours. Par cette opération, nous nous proposons de retirer le noyau du calcul ainsi réduit, et plus tard, lorsque la plaie sera en première voie de cicatrisation, d'extraire les fragments restants à l'aide de pinces à pansement ou à polype.

10. En conséquence, cet homme est placé et maintenu convenablement sur un lit d'opération ; une injection émolliente est poussée

dans la vessie, le fixe-pierre est introduit, et un calcul donnant près de 2 centimètres est bientôt saisi; mais, sous la pression de la mollette, que l'aide serre fortement afin de ne pas lâcher la pierre, celle-ci s'écrase. Pour renouveler l'injection dans la vessie, l'instrument est retiré; mais, arrivé près du méat, il sort avec peine, parce qu'entre ses mors se trouvent de forts débris de calcul. Le fixe-pierre débarrassé est introduit de nouveau, mais les fragments saisis alors sont trop peu volumineux, trop peu résistants, pour que la cystotomie, jugée d'abord nécessaire, soit pratiquée. En conséquence, nous nous contentons d'extraire au moyen de notre instrument, une série de fragments sans difficulté (Potage, limonade, potion morphinée, embrocations anodines sur l'abdomen, bain de siége, etc).

19-22. Cet homme a éprouvé un peu de fièvre, bientôt dissipée; il rend successivement d'assez nombreux débris, parmi lesquels plusieurs du volume d'un pois ou d'un pois-chiche; les dépôts de l'urine diminuent notablement, et la santé du malade s'améliore (mêmes prescriptions).

25. Après injection émolliente dans la vessie, le fixe-pierre est introduit et retire plusieurs fois sans peine quelques fragments écrasés (mêmes prescriptions).

28. Cet homme est tourmenté par la présence d'un fragment engagé dans le col de la vessie, d'où il n'est expulsé que trois jours après; ce fragment offre plus de 1 centimètre de diamètre (mêmes prescriptions).

2 mars 1863. Nous explorons la vessie sans rencontrer aucun fragment de calcul; du reste, Caravel ne rend plus de débris; sa santé est satisfaisante, ses urines sont assez limpides, la miction est à peu près régulière. Peu de jours après, nous renouvelons cette exploration avec le même résultat. D'ailleurs, le rétablissement des fonctions urinaires et de la santé de cet homme affirme sa guérison et lui permet de quitter l'Hôtel-Dieu pour revenir à Nice.

C'est là un nouvel exemple, ce nous semble, des avantages du mode de combinaison du broiement et de la taille que nous préférons. Par le procédé opposé, l'ouverture du périnée eût été d'abord effectuée, et nous avons pu l'éviter de cette manière. A l'aide de notre instrument nous avons pu extraire d'assez nombreux fragments du calcul par les voies normales. Ce mode d'extraction nous semble aussi l'emporter sur celui qui se pratique à travers l'incision du périnée. Dans ce dernier procédé, ou l'on se borne à la boutonnière, c'est-à-dire à l'incision de la portion membraneuse de l'urètre, ou bien l'on intéresse plus ou moins la prostate en même temps, de façon à effectuer une taille ordinaire. En ce dernier cas, l'on court les inconvénients et les dangers que nous avons signalés à propos du grand appareil; avec le premier on obtient une ouver-

ture capable, sans doute, de laisser pénétrer le lithotriteur, mais mal disposée pour laisser passer des fragments plus forts que ceux qui peuvent sortir ou être extraits par l'urètre convenablement dilaté. Dans l'un et dans l'autre cas, on court les chances dangereuses de l'irritation de la plaie par les manœuvres d'extraction de fragments plus ou moins forts. Ce grave inconvénient, et la possibilité de retirer d'assez gros débris de calcul à travers l'urètre dilaté, nous semblent démontrer l'avantage de notre manière d'agir. Sans doute le passage de l'instrument armé de fragments irrite le col de la vessie et le conduit urinaire; mais la muqueuse du canal éloigne la phlébite bien autrement que si l'on agit sur une plaie récemment faite à la région prostatique pourvue d'un lacis veineux, si dangereux chez l'adulte et surtout chez le vieillard.

Toutefois, après des tentatives insuffisantes de broiement par l'urètre, on doit employer le mode opératoire opposé quand il s'agit d'un calcul très-volumineux et fort dur, comme dans les cas publiés par M. Pétrequin. Mais alors le volume de la pierre entraîne la nécessité d'ouvrir largement la région prostatique et de pratiquer le broiement par pression et par percussion. Il est d'autres circonstances en dehors de celles où il existe une fistule urinaire au périnée, qui nous obligeraient à recourir d'abord à la boutonnière périnéale pour effectuer le broiement et l'extraction complète de la pierre : telle est celle que nous a présentée un malade de notre service. Cet homme porte non-seulement un calcul dans la vessie, mais encore un fragment de jonc dans la partie profonde de l'urètre; en même temps ce canal se trouve rétréci sur plusieurs points et dans toute sa portion antérieure.

Dilater d'abord le conduit resserré, aller retirer le corps étranger de l'urètre, briser le calcul dans la vessie, sont les indications à remplir. Mais si la dilatation de l'urètre présente des difficultés et des suites dangereuses, si l'extraction du fragment de jonc qui très-probablement se continue avec la pierre vésicale devient trop laborieuse, il faudra bien inciser alors le périnée, et profiter de cette ouverture pour retirer les corps étrangers du canal et de la vessie. Après avoir donc débarrassé le canal, nous introduirions une sonde de plus en plus volumineuse à travers la boutonnière, de manière à la transformer en fistule large. Celle-ci nous permettrait d'effectuer sans grand danger plusieurs séances de broiement ou même de retirer le noyau du calcul à l'aide de la taille au fixe-pierre. En ce cas même, ce dernier instrument permettrait plus aisément encore les principales manœuvres de la taille, et surtout celle de l'extraction.

*Conclusions.* — De tout ce que nous venons d'exposer, il nous semble résulter les conclusions suivantes :

1° Dans les cas où la taille paraît indiquée, chez l'adulte ou chez le vieillard atteints de calcul de moyen ou de fort volume (de 3 à 5 centimètres d'épaisseur environ), on doit associer le broiement à cette opération.

2° Il doit en être de même pour l'enfant et pour l'adolescent quand le calcul a un pareil volume; la taille peut être immédiatement pratiquée si la pierre est petite et le cas sans complications.

3° Lorsque la pierre a des dimensions considérables (6 centimètres et plus d'épaisseur, ou en certains cas particuliers), il faut pratiquer la lithotritie à travers une ouverture du périnée. Il en est de même s'il existe au périnée une fistule urinaire que l'on dilatera convenablement.

4° Mais quand la pierre offre un moyen ou fort volume, il faut tenter d'abord le broiement par les voies normales, ce qui permet en plusieurs circonstances d'éviter toute opération sanglante.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Nouveau mode de préparation de l'aconitine.

L'examen des différents modes de préparation publiés ayant démontré à MM. Liégeois et E. Hottot qu'ils étaient tous plus ou moins défectueux, ils ont recherché un procédé qui leur permît d'obtenir un produit pur. Voici celui auquel ils se sont arrêtés :

On fait macérer pendant huit jours la racine d'aconit napel dans une quantité suffisante d'alcool à 85 degrés centigrades, légèrement acidulé par l'acide sulfurique. On distille au bain-marie; on laisse refroidir le liquide restant dans la cucurbite et l'on enlève l'huile verte qui surnage et se solidifie à 20 degrés; on continue l'évaporation jusqu'à consistance sirupeuse, et l'on agite avec une petite quantité d'éther, que l'on décante ensuite. Ce traitement par l'éther a pour but de séparer les dernières portions d'huile qui nuiraient aux opérations subséquentes. La liqueur est reprise par l'eau et précipitée par un excès de magnésie. On l'agite à plusieurs reprises avec son poids d'éther à 65 degrés, et on laisse évaporer l'éther après décantation : le résidu est de l'aconitine impure. On la traite par l'acide sulfurique dilué, on décolore par le charbon et l'on précipite par l'ammoniaque; on fait bouillir la liqueur et l'on recueille

l'aconitine sur un filtre; on la dessèche et on la dissout dans l'éther; on évapore à siccité, et l'on traite par une très-petite quantité d'acide sulfurique dilué. Le sulfate d'aconitine est précipité goutte à goutte par l'ammoniaque diluée; on sépare la première partie du précipité qui est colorée, et l'on continue de précipiter jusqu'à ce que la liqueur ait une légère odeur d'ammoniaque; on lave le précipité qui est d'une blancheur parfaite, et on le sèche à une basse température.

L'aconitine ainsi obtenue est pure; elle est à l'état d'hydrate et contient 25 pour 100 d'eau; elle fond à 85 degrés et devient anhydre. On peut encore l'obtenir anhydre par évaporation spontanée de sa dissolution dans l'éther, ou en la précipitant par les alcalis de sa dissolution dans l'eau bouillante; dans ce dernier cas, elle forme en se précipitant un coagulum compacte qui facilite sa séparation. L'aconitine est inaltérable, car, après plusieurs années, elle ne perd pas de son activité. L'aconitine n'est pas volatile; chauffée à une température élevée, elle se décompose en dégageant de l'ammoniaque et se dissipe rapidement sans laisser de résidu; elle est à peine soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, le chloroforme.

L'aconitine, ainsi préparée, n'a pu être encore obtenue cristallisée par MM. Liégeois et E. Hottot; elle diffère donc de celles que l'on trouve dans le commerce, lesquelles sont toujours cristallisées. Ces expérimentateurs ont fait un examen comparatif des diverses aconitines du commerce, et ils ont reconnu qu'elles sont extrêmement impures : traitées par l'éther anhydre, elles se dissolvent incomplétement, tandis que l'aconitine pure est entièrement soluble dans ce véhicule.

L'aconitine de MM. Hottot et Liégeois fait périr une grenouille à la dose de 2 milligrammes en quatre minutes; la plus active de celles du commerce qu'ils aient pu se procurer n'a produit le même effet qu'à la dose de 10 centigrammes.

Il ressort de ces faits un exemple intéressant de corps obtenus de la même substance, dont le plus actif est précisément celui qui ne cristallise pas.

MM. Liégeois et E. Hottot s'occupent de compléter l'étude chimique de ces diverses aconitines.

---

**Préparation du sulfate d'atropine cristallisé.**

On sait que les sels d'atropine s'obtiennent difficilement cristallisés; le plus souvent ils sont sous la forme de masse sirupeuse, et

dans le commerce on les trouve à l'état gommeux ou de poudre blanche amorphe.

M. Laneau, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Jean, a obtenu le sulfate d'atropine parfaitement cristallisé, par le procédé suivant :

| | |
|---|---|
| Atropine cristallisée.................... | 2gr,89. |
| Alcool absolu.......................... | 8 ,00. |

La solution s'opère en partie à froid, dans une capsule en verre ; on l'achève au moyen d'une légère chaleur (20 à 30 degrés centigrades).

On pèse alors à part dans une fiole :

Acide sulfurique d'une densité de 1,85..... 0gr,40.

On étend cet acide de 2 à 4 grammes d'alcool anhydre, et on l'ajoute peu à peu à la dissolution alcoolique d'atropine.

La saturation complète de l'alcaloïde s'obtient en touchant la solution avec un tube plein, légèrement mouillé avec de l'acide sulfurique concentré, en agitant et en essayant avec du papier réactif. Il faut environ 0gr,40 à 0gr,50 d'acide sulfurique pour neutraliser la quantité d'atropine indiquée.

Ensuite on soumet la dissolution à l'évaporation spontanée. La cristallisation est entière au bout de trois à quatre jours en été, de cinq à six en hiver.

Les cristaux, une fois formés, peuvent être séchés, sans que leur forme soit détruite, dans une étuve chauffée de 20 à 30 degrés centigrades. Sur les parois de la capsule, on remarque une belle cristallisation en aiguilles très-rapprochées, incolores et comme nacrées. Au fond, les cristaux sont en masse et plus gros, quelques-uns réunis ou groupés en étoile. En s'aidant du microscope, ce qui paraît amorphe à l'œil nu présente le même système de cristaux aiguillés et entre-croisés.

Le sulfate neutre d'atropine cristallisé est soluble dans l'eau, l'alcool faible, l'alcool concentré et l'alcool absolu. Il est insoluble dans l'éther et le chloroforme; il se dissout dans ces menstrues lorsqu'on leur ajoute un quart ou la moitié de leur volume d'alcool concentré.

---

### Iodure de fer et de quinine cristallisé.

Il est fait grand bruit depuis quelques années des propriétés thérapeutiques d'une préparation d'iodure de fer et de quinine comme agent antinévralgique. Cette préparation n'est qu'un simple mélange des deux médicaments ; un pharmacien belge, M. Smedt, croit être

parvenu à obtenir ce sel parfaitement défini. Voici le procédé qu'il indique pour le préparer. On prend :

Sulfure de barium...................... Q. S.

On en fait une dissolution concentrée, que l'on précipite par la teinture d'iode ; on filtre pour séparer le soufre et on ajoute du sulfate de quinine, soit 30 parties, dissous dans l'alcool très-concentré et convenablement acidulé.

Le sulfate de baryte se précipite, et l'iodure de quinine reste dissous dans l'alcool en lui communiquant une couleur jaune foncée ; on filtre et on lave ensuite le sulfate de baryte avec de l'alcool et l'on réunit les liqueurs ; cet iodure, séparé de son dissolvant, est d'une belle couleur jaune-orange; enfin, on prend 12 parties d'iode qu'on transforme en une solution très-concentrée d'iodure de fer, on y ajoute la solution alcoolique de l'iodure de quinine et l'on chauffe au bain-marie ; à mesure que l'alcool s'évapore, la liqueur prend une belle couleur verte, et une petite quantité d'une substance résineuse d'une couleur plus foncée se sépare du liquide. Vers la fin de l'évaporation on ajoute de nouveau un peu d'alcool; on filtre alors, on laisse cristalliser; on exprime fortement les cristaux et on les fait sécher.

L'iodure de fer et de quinine obtenu par ce moyen est en longues aiguilles, d'un beau jaune, soluble complétement dans l'eau bouillante et n'en précipitant pas par le refroidissement. Ce sel se dissout à froid dans l'alcool et dans l'éther ; il est sans odeur, d'une saveur amère et ferrugineuse. Il paraît enfin présenter tous les caractères d'un composé parfaitement défini. Sa composition cependant n'a pas été vérifiée par l'analyse.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Note sur la valeur et l'emploi du seigle ergoté pour aider à l'expulsion des polypes utérins.

Nous avons récemment observé un cas de polype fibreux encore inclus dans l'utérus, dont nous avons aidé l'expulsion par l'emploi de la poudre de seigle ergoté, prise deux jours de suite à la dose de 2 grammes chaque jour ; moyen que nous avons répété deux fois, en laissant un intervalle de huit jours entre la prise des quatre premiers grammes et celle des quatre derniers. Voici ce qu'il en est résulté :

Pendant l'emploi du médicament, le col utérin s'est dilaté progressivement, la tumeur est descendue de plus en plus dans le vagin, les hémorrhagies inquiétantes qui accompagnaient le polype se sont arrêtées; toutefois, le polype ne s'est présenté à la vulve que six semaines après l'emploi du seigle ergoté, et c'est alors seulement qu'il a pu être enlevé à l'aide d'une ligature.

En sorte que, si on le voulait, on pourrait contester la part qu'eut à l'expulsion le médicament employé dans le cas actuel; mais pourtant, il nous semble impossible de nier l'avantage qu'il a eu au moins pour arrêter les pertes utérines, et partant, pour donner le temps à l'utérus de se débarrasser du corps étranger qu'il renfermait.

C'est là, dira-t-on, un fait peu curieux en lui-même, puisque les journaux de médecine en racontent chaque année de semblables : nous en convenons sans peine; c'est pourquoi nous n'aurions pas pensé à le publier, s'il n'avait été, pour nous, l'occasion de recherches qui nous semblent résumer l'état de la question, en même temps qu'elles pourront peut-être faire connaître quelle est, en réalité, la valeur du seigle ergoté pour aider à l'expulsion des polypes utérins.

Tel est, en effet, le but de cette note : à propos du fait que nous venions d'observer, nous nous sommes demandé si l'on pouvait connaître la valeur de ce traitement. Or, en recherchant dans les livres et journaux, que nous avions à notre disposition tous les faits semblables au nôtre; en examinant avec soin les résultats obtenus, les avantages comme les insuccès, la marche naturelle de la maladie abandonnée à elle-même, nous sommes arrivé à nous convaincre que la poudre de seigle ergoté est d'une très-grande efficacité pour aider à l'expulsion des polypes utérins.

De sorte que c'est pour rappeler l'attention des chirurgiens sur ce moyen bien connu, mais auquel on ne pense pas toujours en pareille occurrence, que nous publions aujourd'hui cette simple note. Le but de toutes recherches médicales étant, avant tout, l'utilité des malades, nous nous estimerons heureux si nous parvenons, par les considérations qui vont suivre, à vulgariser, dans le traitement des polypes utérins, l'emploi du seigle ergoté comme auxiliaire de la ligature.

Voyons d'abord quels sont les avantages de ce traitement?

Pour les connaître, nous n'avons qu'à examiner rapidement comment les auteurs qui ont étudié le même sujet en ont parlé :

Marjolin, dans le *Répertoire des sciences médicales*, dit : « On a conseillé dans les cas de polypes encore inclus dans l'utérus l'em-

ploi du seigle ergoté en poudre, ou le sirop d'ergotine, pour dilater lecol, médicaments qui concourent en même temps à solliciter les contractions utérines et à arrêter les hémorrhagies. De même que l'on a conseillé aussi la dilatation avec l'éponge préparée, des irrigations prolongées, et même l'incision du col avant d'en venir à la ligature. »

Déjà, avant lui, Dupuytren, dans une de ses leçons faites en 1833 à l'Hôtel-Dieu, disait sur le même sujet :

« Ne pourrait-on pas, dans les cas de polypes ütérins, faire usage du seigle ergoté qui a la propriété d'exciter énergiquement les contractions utérines, et, de cette façon, n'aiderait-on pas la matrice à expulser le polype ? » Et il ajoute incontinent : « M. le docteur Grifth dit avoir obtenu la séparation d'un polype par l'emploi du seigle ergoté, et même ce polype fut si vivement serré par les contractions du col, qu'il céda ; M. Guillon a eu un succès semblable. »

De même, des faits cités par Daires (*Lond. med.* et *Phys. Journ.*, 1825), et surtout celui de M. Paul Guersant, montrent également tout l'avantage que le seigle ergoté peut avoir en pareille circonstance.

Ainsi, comme on le voit, il y a longtemps que ce traitement est conseillé soit par les médecins, soit par les chirurgiens. Et, en effet, dès que l'efficacité du seigle ergoté dans la pratique des accouchements fut chose bien acceptée, soit dans les cas d'inertie de l'utérus, soit dans les cas de rétention du placenta ou de caillots volumineux, soit enfin dans les cas d'hémorrhagies foudroyantes, il n'y avait plus qu'un pas à faire pour induire que le même médicament pourrait être employé avec les mêmes succès dans beaucoup d'autres maladies. Aussi n'a-t-on pas été bien longtemps à le conseiller pour débarrasser l'utérus de produits autres que celui de la conception, comme les môles, les polypes, etc. Et cette idée-là a conduit d'autres chirurgiens à penser que l'on pourrait aussi expulser de la vessie, à l'aide du même médicament, des fragments de pierre après la lithotritie, comme le prouvent deux observations de M. Paul Guersant (*Bullet. de Thérap.*, t. XVII).

Enfin M. Payan, en voyant le médicament réveiller les contractions de ces réservoirs membraneux, a pensé que, peut-être, il réveillerait aussi la contractilité musculaire dans les paralysies des membres inférieurs, et il cite plusieurs succès (*Bullet. de Thérap.*, t. XVI).

Mais ce ne sont pas ces dernières maladies qui doivent arrêter notre attention en ce moment, puisque nous ne nous proposons ici

que d'étudier quels sont les avantages du seigle ergoté pour aider à l'expulsion des polypes utérins. Dans tout ce qui précède, nous croyons en avoir dit suffisamment pour établir, à n'en plus douter, l'efficacité très-grande du médicament en pareille occurrence; nous n'y insisterons pas davantage.

Voyons maintenant si le seigle ergoté n'est pas quelquefois insuffisant pour le but que l'on se propose?

Il y a un très-grand nombre de cas dans lesquels l'emploi du médicament a amené des résultats avantageux, comme on le verra encore par celui que nous publions aujourd'hui. Cependant, quand on parle de succès, il faut aussi connaître les insuccès du seigle ergoté en pareille circonstance, pour pouvoir juger sa valeur en connaissance de cause.

Or, il faut savoir que le moyen ne réussira pas toujours, et, dans le *Bulletin de Thérapeutique* de 1847, M. Dubreuilh fils, dans un article intitulé : *Difficulté de diagnostic dans un cas de polype utérin*, dit qu'il ne put jamais faire dilater le col avec 1 gramme d'ergotine; de sorte qu'ensuite il fut obligé d'abaisser le col avec des pinces de Museux pour extraire le polype, et la malade succomba aux suites de l'opération.

Maintenant, pour pouvoir discerner ce qui appartient au seigle ergoté de ce qui appartient à la marche naturelle ou au développement du polype utérin, il faut résumer rapidement ce que l'on connaît de ce que les auteurs appellent *l'expulsion spontanée*. Il arrive quelquefois que le polype, après avoir séjourné plus ou moins longtemps dans l'utérus, se fait jour à travers le col par suite de son développement progressif, et alors il tombe de lui-même dans le vagin et se présente à la vulve. On a donné à ce phénomène le nom de *chute spontanée*, que nous aurions préféré voir appeler *accouchement du polype*. Dans ce cas, dit M. Velpeau, les polypes subissent à travers le col une sorte d'étranglement, qui va quelquefois jusqu'à en produire la séparation. Levret en rapporte deux exemples observés par Mercadier et par Louis; Mauriceau, Ruysch, Hoffmann, et, avant eux, Donatus et Rhodion en avaient indiqué de semblables; Vaconsin, Gooch, MM. Hue et Hervez de Chégoin en ont également cité des observations.

Enfin, M. Marchal, de Calvi (*Bullet. de Thérap.*, t. XXIV, 1843), cite une dame qui a rendu spontanément un polype qu'elle disait ressembler à un cœur de volaille; elle le rendit en soulevant un lourd cylindre pour chauffer un bain. Cet auteur a communiqué le fait à l'Académie de médecine, le 2 février 1843.

Dans tous ces faits, la descente du polype dans le vagin a été brusque; dans quelques cas elle a été puissamment aidée par un violent effort, comme dans le cas précédent.

Mais, d'autres fois, cette descente est lente et accompagnée d'efforts d'expulsion tout à fait semblables à ceux d'un accouchement. Et même on a vu quelquefois des corps fibreux peu volumineux être complétement détachés par suite de ces contractions utérines et expulsés comme des caillots sanguins. M. Cruveilhier en rapporte un exemple fort remarquable dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique: ce fut dix-neuf jours après un accouchement, et, dans ce cas, il fut rendu trois corps consistants après trois jours de grandes souffrances, et la malade se rétablit très-bien ensuite. C'est alors, quand la descente est lente et s'accompagne de grands efforts d'expulsion, que, par le toucher vaginal, on sent le col s'entr'ouvrir comme dans les premières heures d'un accouchement. Et la ressemblance avec un accouchement est quelquefois tellement grande, que Herbiniaux cite un cas où une sage-femme et deux accoucheurs y furent trompés, et l'un d'eux même appliqua les crochets.

Il serait bien important de savoir au bout de combien de temps les polypes qui sont renfermés encore dans l'utérus, effectueront cette descente, parce qu'alors ce serait le moment que l'on choisirait pour donner le seigle ergoté. Malheureusement on ne sait rien à cet égard. Ce temps doit varier avec le volume du polype. Pour notre part, depuis neuf ans que nous exerçons en province, nous avons déjà enlevé quatre fois des polypes utérins. Une fois, il y en eut un qui resta dans l'utérus vingt-deux mois; une autre fois, c'est dans le cas actuel, vingt et un mois; une autre fois, deux ans; enfin, une autre fois, dix ans. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un polype charnu du volume de la tête d'un fœtus à terme, et qui s'est détruit par gangrène. Nous avons publié ce dernier fait dans le *Moniteur des hôpitaux* du 23 mai 1857.

Quoi qu'il en soit, l'indication de l'emploi du seigle pour aider à l'expulsion des polypes nous paraît la suivante : Il faudra donner le médicament dès que, par le toucher vaginal, on sentira le col entr'ouvert, aminci, dilaté et dilatable, et surtout quand les hémorrhagies seront intenses et pourront faire craindre pour la vie.

Voici maintenant la relation du fait qui nous a engagé à étudier la question de savoir quelle est la valeur du seigle ergoté pour aider à l'expulsion des polypes utérins.

Mme Alexandrine Chantepie, âgée de quarante-quatre ans, fabricante de boutons, demeurant à la Villeneuve, petite commune du

canton de Méru (Oise), est une femme d'une forte constitution, mais d'une petite stature. Elle a toujours été bien réglée, pendant quatre jours ordinairement; elle l'a été à quatorze ans pour la première fois; elle n'a jamais eu qu'un accouchement, à l'âge de vingt-quatre ans, c'est-à-dire il y a vingt ans, et cet accouchement a été normal et sans hémorrhagies... Sa mère est morte à l'âge de soixante et un ans, d'un fort rhume, et n'a été que trois semaines malade. Quant à son père, il est mort à l'âge de soixante-huit ans, d'une fluxion de poitrine.

A la date du 20 janvier 1863, elle est malade depuis vingt mois : sa maladie était caractérisée par des métrorrhagies très-fréquentes et très-abondantes, s'accompagnant de coliques, de douleurs dans le ventre, les aines et les cuisses, douleurs ressemblant à des élancements et à des coups de canif; bien plus rarement ces douleurs se propageaient dans les reins. Le sang coulait quelquefois goutte à goutte, et quelquefois à flots, au point, dans ces derniers cas, d'obliger la malade à se coucher. Ces pertes revenaient tous les deux à trois jours; une fois elles ont duré six semaines consécutives, en sorte que la malade était forcée de se garnir presque complétement, comme pendant l'époque menstruelle. Dans l'intervalle de ces métrorrhagies, il s'écoulait de l'utérus un liquide filant jaunâtre, analogue à de l'eau de miel, nullement fétide... Plus les pertes se répétaient et plus elles étaient abondantes : la malade pensait que ces hémorrhagies étaient dues à son temps critique; cependant elle n'avait pas cette pléthore et ces bouffées de chaleur que l'on remarque ordinairement dans ces circonstances.

Quant aux causes de cette maladie, elle ne savait que penser. Elle n'avait pas fait de chute sur le siége; seulement elle avait eu, pendant les deux années précédentes, de grands chagrins, après avoir marié sa fille qui était malheureuse en ménage.

Sous l'influence de ces pertes répétées, le teint se décolorait de plus en plus, toutes les muqueuses étaient blanches, couleur de cire, les forces allaient toujours diminuant de plus en plus, le pouls devenait très-petit, très-dépressible; il y avait un souffle continu à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou; cependant l'appétit et le sommeil étaient bien conservés... Le visage n'avait pas la couleur jaune-paille des cancéreux, mais paraissait seulement décoloré par défaut de sang : il y avait souvent une constipation qui durait quatre jours, et quelquefois elle avait de la peine à uriner, mais jamais il n'y eut rétention complète d'urine.

Le 20 janvier 1863 : par le toucher vaginal, on sent une tumeur dans l'intérieur du col utérin; elle est arrondie, lisse, flottante dans la cavité du col, en paraissant s'attacher à la face antérieure de cette cavité par un pédicule très-élevé. Cette tumeur, qui est un polype fibreux, est d'une consistance ferme et résistante, ne saigne pas quand on la touche; on a vu, quand elle fut enlevée, qu'elle avait le volume d'une petite orange.

Au-dessous d'elle le col est entr'ouvert, aminci, dilaté et dilatable, comme dans les premières heures d'un accouchement. Son ouverture est de la grandeur d'une pièce de deux francs, elle laisse

pénétrer la première phalange du doigt tout entière, de façon que l'on peut le promener tout autour de la base du polype. A l'examen au spéculum, on constate les mêmes caractères. Par le palper abdominal, on sent l'utérus dépasser le détroit supérieur, et il paraît avoir le volume qu'il a dans une grossesse de deux mois.

En outre, comme il y a par moments des douleurs expultrices, analogues à celles d'un accouchement, pour lesquelles douleurs la malade se décide à nous faire mander, nous pensons de suite que l'utérus cherche à se débarrasser seul du corps étranger qu'il renferme.

En conséquence pour traitement :

Nous prescrivons, deux jours de suite, 2 grammes de poudre de seigle ergoté chaque jour, à prendre en quatre fois dans de l'eau sucrée. Les 20 et 21 janvier : ce médicament n'a produit ni coliques, ni tranchées ; par le toucher vaginal on s'aperçoit que l'ouverture du col, qui était auparavant de la grandeur d'une pièce de deux francs, s'est un peu agrandie ; mais la tumeur ne l'a pas encore traversée ; seulement la métrorrhagie est complétement arrêtée depuis l'emploi du médicament. Huit jours plus tard, le 29 et le 30 janvier, on recommence à donner encore, deux jours de suite, 2 grammes de seigle ergoté chaque jour, en quatre fois, dans des cuillerées d'eau sucrée.

Le médicament ne produit encore ni coliques ni tranchées, mais il arrête seulement l'écoulement jaune-citron qui avait persisté ; le col utérin, cette fois, devint large comme une pièce de cinq francs, et la tumeur, qui s'y est engagée, est descendue un peu dans le vagin, et maintenant elle dépasse par en bas le col de un centimètre : on dirait un accouchement qui commence à se faire.

La malade, se trouvant parfaitement bien depuis huit jours qu'elle ne perd plus de sang, demande que l'on attende pour renouveler le traitement ; alors on se décide à la laisser reposer pendant un mois. Pendant ce temps, les forces reviennent, le visage se colore de nouveau ; la malade se lève chaque jour ; chaque jour elle prend 20 centigrammes de fer réduit aux repas, des viandes rôties et du vin de quinquina.

Le 27 février, c'est-à-dire un mois après l'époque du traitement par le seigle ergoté, on constate par le toucher vaginal que la tumeur descend encore à 1 centimètre au-dessous du col.

Et enfin le 2 mars suivant, c'est-à-dire six semaines après l'emploi du seigle ergoté, la tumeur est venue tout d'un coup faire saillie à la vulve, lorsque la malade allait à la selle.

Alors nous sommes mandé en toute hâte, nous fixons une petite corde autour du pédicule du polype, que nous tordons plusieurs fois sur lui-même, et la tumeur est enlevée sans difficulté. Cette petite opération n'est suivie d'aucune hémorrhagie.

Cette tumeur est un polype fibreux, du volume d'une petite orange, ayant un pédicule de la grosseur du doigt auriculaire ; à l'extérieur, elle est entourée d'une membrane d'enveloppe rosée, analogue à une muqueuse ; à l'intérieur, son tissu blanc nacré crie sous le

scalpel, et ne contient pas de suc cancéreux ; au microscope, ce tissu nous a paru constitué seulement par des fibres moniliformes.

Sous l'influence d'un traitement analeptique, la santé eut bientôt reparu, et huit jours après l'opération, la malade reprenait ses travaux.

Du fait que l'on vient de lire, ainsi que des considérations qui le précèdent, il nous semble permis de tirer, en terminant, les conclusions suivantes :

1° La poudre de seigle ergoté, employée suivant la méthode que nous avons indiquée au commencement de cette note, peut rendre de réels services pour aider à l'expulsion des polypes encore inclus dans l'utérus.

2° Elle a au moins l'avantage incontestable d'arrêter les métrorrhagies qui accompagnent ordinairement les polypes, et par conséquent elle donne le temps à la matrice de se débarrasser du corps étranger.

3° Quelquefois cependant, comme le prouve l'observation de M. Dubreuilh fils, cette médication manque son but et ne peut parvenir à dilater le col de la matrice, mais c'est peut-être qu'alors il n'est pas administré en temps opportun.

4° Enfin le moment qui nous paraît le meilleur à choisir pour l'administration du médicament, c'est l'époque où la nature semble prête à expulser d'elle-même le polype, c'est-à-dire en un mot, lorsque l'on trouve le col utérin entr'ouvert, aminci sur ses bords et déjà dilatable, comme dans les premières heures d'un accouchement normal. Alors, dans ces cas, nous croyons que le seigle ergoté possède la propriété d'amener plus rapidement une terminaison heureuse.

D^r^ P. Duclos,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

*Fonctions et désordres des organes de la génération chez l'enfant, le jeune homme, l'adulte et le vieillard, sous le rapport physiologique, moral et social,* par M. le docteur W. Acton, membre du collége des chirurgiens, de la Société royale de médecine et de chirurgie, et de la Société statistique de Londres, traduit de l'anglais sur la troisième édition.

C'est une chose grave, au point de vue de la morale sociale, qu'une monogaphie en langue vulgaire des fonctions normales et des désordres pathologiques des organes de la génération. Frappés des dangers presque inévitables de ces sortes de publications, plusieurs

auteurs ont essayé de les atténuer au moins, en empruntant à une langue morte, la langue latine surtout, le voile discret d'un idiome peu répandu. Nous n'avons plus, dirai-je cette pruderie ou cette prudence ? Mais ce qu'a tout du moins le droit d'exiger la morale professionnelle, quand un auteur veut répandre en dehors du sanctuaire de la science ces notions scabreuses à plus d'un point de vue, c'est que n'abordant un tel sujet qu'en vue d'une saine et véritablement utile propagande, cette intention se marque à chaque page du livre, et lui imprime un caractère tranché de moralité qui déconcerte immédiatement les esprits libertins. Lorsqu'un ouvrage de cet ordre nous tombe sous la main, c'est la première épreuve, nous l'avouons, à laquelle nous le soumettons tout d'abord ; et s'il se tire mal de cette épreuve, nous ne disons pas qu'il est nécessairement sans valeur scientifique, mais nous regrettons que des données utiles se soient égarées dans une publication hybride, dont les résultats tourneront moins au profit de l'hygiène et de la thérapeutique qu'au profit des lupanars, ou du monde interlope des vierges folles du roman intime. Nous sommes heureux de le proclamer au seuil même de cette notice, le livre de M. le docteur W. Acton sort victorieusement de cette sorte de critique préjudicielle, et nous n'avons saisi nulle part la moindre trace de cette science de mauvais aloi, indulgente au vice, et spéculant sur la corruption humaine pour s'assurer des lecteurs. Nous nous devions à nous-même, comme nous devions aux lecteurs de ce journal, de résoudre tout d'abord cette question : maintenant qu'elle est résolue, nous nous sentons plus à l'aise vis-à-vis d'un ouvrage qui, pour s'adresser à la fois aux gens du monde et aux médecins, n'en conserve pas moins un caractère de haute gravité : nous pouvons, dès lors, sans rougir, le soumettre à l'appréciation d'une critique sérieuse.

M. W. Acton partage son travail en quatre parties, qui correspondent aux quatre périodes distinctes, en lesquelles on divise ordinairement la vie de l'homme. Dans la première, il étudie les désordres des fonctions génitales chez l'enfant. En Angleterre, comme en France, comme partout malheureusement, sans doute, on a constaté, à ce qu'il paraît, les désordres les plus déplorables sous ce rapport : ces désordres, ce sont souvent des instincts mal surveillés qui y conduisent les pauvres victimes, quand, par un raffinement de corruption, ce ne sont pas ceux-là mêmes qui sont chargés de soigner les enfants qui les initient à d'infâmes manœuvres. Si quelqu'un révoquait en doute l'utilité d'ouvrages du genre de celui dont

il s'agit en ce moment, quand ils sont, comme le livre du médecin anglais, marqués d'un caractère d'honnêteté incontestable, il suffirait de lui signaler les pages où le tableau de ces désordres est tracé, pour le ramener à une plus saine appréciation de cette partie de la science. Quel père, quelle mère de famille ne frémiraient pas, en face d'un pareil tableau, à la pensée que de semblables désordres puissent flétrir leurs enfants, et, ainsi avertis, ne redoubleront pas de surveillance sur tout ce qui les entoure pour éloigner un si grand péril! C'est ici surtout que le médecin ne doit pas être seulement un étranger que le danger fait appeler un instant dans l'intérieur des familles pour combattre la maladie; ce doit être un ami apte à donner des conseils spéciaux qui, embrassant l'avenir tout entier, puissent conjurer les dangers les plus graves dont sont menacées et la vie physique et la vie morale des êtres les plus chers. M. Acton a pénétré hardiment dans ce cloaque de corruption précoce, et a montré, en homme qui sait le danger, et plus d'une fois l'a combattu ou prévenu, comment on peut reconnaître celui-ci et par quelle série de moyens et de prudente surveillance on peut le conjurer. Ce n'est assurément là qu'une courte esquisse d'une pathologie et d'une hygiène toutes spéciales, mais qui suffirait, nous en sommes sûr, à diriger utilement les chefs de famille qui sauraient la lire et s'en pénétrer.

La seconde partie de l'ouvrage de M. W. Acton, qui traite des principaux désordres dont si souvent se flétrissent les jeunes hommes chez lesquels s'éveille un des instincts les plus impérieux de la vie, ne mérite pas moins de fixer l'attention des médecins et des gens du monde auxquels l'auteur s'adresse. Ici, le médecin anglais s'inspire souvent du travail si original de Lallemand sur la spermatorrhée. Dans ce journal même, il y a de longues années déjà, nous avons relevé quelques exagérations auxquelles l'illustre professeur de la Faculté de Montpellier s'est parfois laissé emporter dans son ouvrage, d'ailleurs si profondément pensé, et écrit d'une main si ferme. Nous avons vu avec plaisir que le médecin de Londres a relevé lui aussi quelques-unes de ces exagérations. Ainsi, on se le rappelle peut-être, Lallemand pose nettement dans son livre qu'un célibataire arrivé à un certain âge se masturbe nécessairement ou est atteint de spermatorrhée. Ceci est faux, et M. Acton le montre et l'explique d'une manière victorieuse. « Donc, dit-il quelque part à cet égard, pour en finir, mon avis bien réfléchi, bien mûri, est qu'il faut, pour tous les jeunes gens..., une vie parfaitement chaste en pensées, en paroles et en actions. Cela est tout à fait possible; les

moyens que j'ai signalés pour y parvenir sont : fermeté et direction de la volonté; occupation constante à un exercice de l'intelligence et du corps, une hygiène convenable. Voilà, en laissant de côté le plus grand préservatif de tous, le sentiment religieux, ce qui doit suffire pour atteindre ce but, mener une vie chaste. » Le médecin anglais est dans le vrai : il est sûr, et de nombreux exemples en pourraient être cités, que le premier bénéfice d'une telle vie, c'est le sommeil des organes de la génération, ce qui n'en est point la mort; car les hommes parfaitement continents se portent à merveille, et c'est même là la manière de donner naissance à des enfants qui témoignent, eux aussi, de la puissante vitalité de ceux qui leur ont donné le jour. Nous signalons spécialement à l'attention des médecins français cette partie du livre de M. le docteur Acton; les exagérations de Lallemand sur les dangers de la continence y sont heureusement corrigées.

Ainsi qu'on le pense bien, quand M. W. Acton vient à traiter des désordres des fonctions sexuelles dans l'âge adulte ou mûr proprement dit, la ligne de démarcation qui sépare ce qui va suivre d'avec ce qui précède s'efface et se perd dans un grand nombre de cas. C'est ici surtout, pourtant, que l'auteur donne de sages conseils sur l'impuissance, et principalement sur l'hypocondrie qui naît à ce propos d'une appréciation erronée des choses. Là partout, comme dans ce qui précède, se trouvent disséminées, sans un lien qui les fonde dans un ordre logique qu'une science moins préoccupée de parler à la fois aux gens du monde et aux médecins eût rendu facile, une foule de notions utiles qui, nonobstant ce vice de méthode, n'en doivent pas moins profiter aux uns et aux autres. Le même éloge, comme la même critique, s'applique encore également à la quatrième partie du livre du savant médecin de Londres, celle qui traite des désordres des fonctions sexuelles chez les vieillards. Là sont tour à tour étudiés les excès commis par ignorance, les excès commis par impuissance à maîtriser ses passions, et les désordres qui résultent de la débauche avec excitation artificielle des organes génitaux. C'est ici surtout que M. Acton, s'inspirant d'une saine morale et d'une philosophie qui voit dans la vie autre chose qu'une aptitude d'une heure aux plaisirs, aptitude, hélas! qui reste souvent à l'état de tendance stérile, s'applique à donner aux vieillards les plus sages conseils pour ne point salir la blanche couronne de leurs cheveux respectés.

En passant par la plume du médecin, la moralité anglaise ne perd pas son caractère d'élévation sans mysticisme, et de bon sens

pratique. Nous manquons, en général, en France, de cette mesure; où nous nous précipitons dans un matérialisme impie qui nie tout l'ordre surnaturel, ou nous nous perdons dans un mysticisme rêvé, qui fait de la vie présente une légende et de la vie à venir un roman où tout s'affirme, bien que nous ne fassions qu'entrevoir comme en une énigme les mystères de la vie future. Laquelle de ces deux méthodes vaut mieux pour ramener au sentiment du devoir et au jeu normal de la vie le vieillard qui prend les vains désirs d'une imagination libertine pour une aptitude encore réelle à des plaisirs qui ont fui? S'il est un temps, ce nous semble, où le langage de la vérité, de la vérité sans symboles, sans légendes, doit être parlé à l'homme, c'est sans doute celui où nous étudions l'homme en ce moment. Quoi qu'on en dise, le temps des éblouissements est alors passé, et il est conforme à la dignité de l'homme de lui parler le langage austère de la raison, qui a aussi ses motifs d'espérance immortelle, et peut courber l'homme, sans le rompre, sous le joug du devoir. Mais ne voulant pas nous étendre davantage sur un ordre d'idées où l'on risque de n'être pas compris quand on ne peut que l'effleurer, nous nous hâtons de terminer cette rapide notice par une remarque qui s'applique à tout le livre de notre savant confrère d'outre-Manche.

Nous n'avons, dans les pages qui précèdent, suivi M. W. Acton que dans l'étude des désordres des organes de la génération : c'est qu'en effet c'est surtout ce côté de l'ouvrage du laborieux médecin anglais qui nous paraît digne de fixer l'attention et des médecins et des gens du monde : pourtant ce serait en donner une idée incomplète que de le présenter comme un ouvrage exclusivement consacré à la spécialité pathologique qu'il étudie. Ainsi que l'indique le titre du livre, M. W. Acton a mêlé discrètement aux notions de pathologie, qui sont le fond de son ouvrage, des notions physiologiques, qui ont pour but de répandre une certaine lumière sur les premières. C'est là surtout que se remarquent les lacunes inévitables dans un ouvrage qui ne s'adresse pas uniquement aux médecins. Nous sommes convaincu que si l'auteur, en écrivant son livre, n'avait point regardé un peu par-dessus la tête des médecins qu'il veut éclairer, pour ne pas perdre de vue que ce n'est pas uniquement à eux qu'il s'adresse, le côté scientifique de l'ouvrage eût été plus approfondi, plus développé. Quoi qu'il en soit à cet égard, le but que s'est proposé le médecin anglais est un but sérieux et utile ; il ne serait donc pas légitime de lui faire un reproche d'avoir suivi le chemin raccourci qui devait plus sûrement le con-

duire à ce but même. On ne serait pas plus fondé à reprocher à M. Acton quelques imperfections, quelques incorrections de langage qui se remarquent çà et là : c'est l'auteur lui-même qui a traduit en français son propre ouvrage. Qui de nous pourrait se flatter de faire mieux, s'il lui prenait la fantaisie de traduire en anglais un ouvrage pensé et écrit en français ? Rien que dans cette pensée d'une version française du livre de M. Acton, il y a une intention délicate dont nous devons lui savoir gré.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup d'oeil sur la constitution médicale régnante; indications thérapeutiques qu'elle fournit. — S'il est vrai que, selon la pittoresque comparaison de Sydenham, les saisons ramènent les mêmes maladies, à peu près comme elles ramènent les oiseaux de passage, il est certain aussi que les exagérations ou les déviations survenues dans l'état atmosphérique saisonnier exercent une haute influence sur le règne de ces maladies, soit qu'elles créent des déterminations morbides nouvelles, insolites, intercurrentes, soit qu'elles impriment aux manifestations symptomatiques des affections ordinaires un cachet spécial qui en modifie sensiblement l'aspect et les allures.

Parmi les conditions génératrices saisissables des constitutions médicales régnantes, l'irrégularité des saisons, et particulièrement les grands écarts de température dans nos climats tempérés, doivent être mis au premier rang : s'il était possible de conserver quelques doutes à cet égard, ce qui se passe autour de nous, depuis bientôt trois mois, suffirait assurément pour les dissiper. Quel est le médecin qui, en connaissance de cause, s'aviserait de nier ou de méconnaître l'influence de la température estivale exceptionnelle de cette année sur la détermination du *mouvement épidémique* que nous subissons ?

Nous disons : *mouvement épidémique ;* car, si la constitution médicale actuelle présente quelques-uns des traits de l'épidémicité, savoir la fréquence dans les atteintes et la généralisation de la cause, l'on n'y trouve pas, en réalité, les caractères marquants d'une épidémie véritable, qui sont : d'être constituée par une maladie unique ; d'apparaître d'une façon plus ou moins imprévue ; de se montrer irréductible aux conditions étiologiques ordinaires ; de frapper indistinctement la plupart des personnes placées dans sa

sphère d'action ; enfin, de se terminer rapidement et le plus souvent par la mort.

Telle n'est pas, Dieu merci ! la situation présente. Nous n'avons pas affaire, en tout cas, à une grande, mais plutôt à une petite épidémie, si épidémie il y a ; à ce que les anciens, j'entends les auteurs des dix-septième et dix-huitième siècles, auraient appelé une constitution *intempestive*.

Ce n'est point là, qu'on y prenne garde, une distinction subtile que nous cherchons à établir : plus qu'on ne le pourrait croire au premier abord, cette distinction importe au point de vue pratique ; et peut-être est-ce pour l'avoir négligée que l'on a émis récemment quelques assertions où semblent percer le doute et l'abandon thérapeutique : « Aucune considération importante, a-t-on dit, aucune pratique nouvelle et efficace ne surgit de la constitution médicale régnante. »

Ce n'est pas le moins triste désappointement qu'ait à subir le médecin, en face d'une épidémie réelle, que de voir tous les efforts frappés, le plus souvent, de stérilité et d'impuissance. La raison en est facile à dire : les maladies véritablement épidémiques ne sont pas, comme la plupart des autres, assujetties à l'influence de la constitution régnante ; loin de lui être soumises, elles la dominent, au contraire ; elles l'annulent même et la suppriment, tant que dure leur règne dévastateur. Dès lors, le terrain pratique des indications fait presque complétement défaut, et force est à la thérapeutique d'errer plus ou moins à l'aventure.

En est-il ainsi aujourd'hui ? — Essayons de répondre à cette question, en jetant un coup d'œil rapide sur les principaux états pathologiques dans lesquels s'exprime la constitution régnante.

Prédominance des troubles *gastro-intestinaux*, tel est le fond de cette constitution se traduisant par des formes nosologiques diverses : diarrhées simples ou cholériformes étant allées, mais très-exceptionnellement, jusqu'au choléra ; dysentéries ; embarras gastrique, ou mieux, fièvre gastrique, avec participation de l'appareil hépatique, et partant accidents bilieux... Dans cette tendance morbide aux déterminations gastro-intestinales, la fièvre typhoïde devait avoir tout naturellement sa place ; mais elle est née, en pareil cas, des mêmes conditions étiologiques que les autres états morbides contemporains ; elle y trouve, évidemment, sa raison d'être, et si, à cause de sa fréquence et de sa gravité relatives engendrées par ces conditions mêmes, un rôle supérieur et prééminent doit lui être attribué dans la constitution médicale dont il s'agit, du moins

n'est-elle pas en dehors du plan général ou du fond commun de cette constitution. De cela on pourrait puiser un autre témoignage dans les formes que la fièvre typhoïde a revêtus de préférence. C'est, en effet, la *forme abdominale* que l'on a vue prédominer ; et les manifestations symptomatiques ont concordé habituellement avec la plus haute expression des lésions intestinales telles que les a révélées la nécropsie.

Il convient, toutefois, d'établir à cet égard une distinction entre les adultes et les enfants. Le temps n'est plus où ces derniers étaient regardés comme inaccessibles à la fièvre typhoïde, au-dessous de l'âge de quinze ans. Une observation plus attentive a malheureusement démontré combien était erronée la croyance à une pareille immunité. Il eût suffi de parcourir récemment les salles des hôpitaux d'enfants pour se convaincre qu'ils pouvaient, même à un âge très-inférieur, prendre une assez grande part au tribut payé à la constitution typhoïde. Mais, chez l'enfant plus que chez l'adulte, les formes thoraciques et cérébrales tendent à prédominer. Nous avons vu la première s'exprimer par des manifestations remarquables du côté du poumon : c'est un état morbide consistant dans un engorgement hémoptoïque, une véritable infiltration sanguine apoplectiforme du parenchyme pulmonaire. Cette forme, qui, à la période initiale de la dothinentérie, peut en imposer facilement pour une pneumonie, a été signalée, l'an dernier, à la Commission des maladies régnantes de la Société médicale des hôpitaux. Elle s'est reproduite, avec une notable prédominance, dans la constitution actuelle, à l'hôpital de la rue de Sèvres. Nul doute que ce ne soit là un mode de manifestation hémorrhagique, comme il appartient à la fièvre typhoïde d'en développer.

Quant à la forme cérébrale, plus fréquente aussi chez l'enfant, tantôt elle se dessine dès le début et alors revêt les caractères symptomatiques d'un délire aigu aux allures méningitiques ; plus souvent, elle se traduit par les phénomènes consécutifs d'un état de démence ou d'idiotie partielle fort remarquable, quelquefois permanent, habituellement passager, mais laissant presque toujours après lui quelque trace indélébile dans le domaine de l'intelligence ou de la sensibilité spéciale.

Ce sont là autant de faits isolés qui ne peuvent qu'être indiqués dans une étude très-générale ; mais, un élément autrement important domine la scène morbide, tant chez l'adulte que chez l'enfant, aussi bien dans les déterminations typhoïdes proprement dites que dans les états pathologiques qui relèvent de la même constitution mé-

dicale : cet élément supérieur, qui est la plus haute expression clinique des faits morbides, qui les tient sous son influence immédiate, qui seul permet de les rapprocher, de les comprendre et de les réduire à la notion pratique, en dehors de l'idée de l'espèce nosologique et de la nature plus ou moins impénétrable de la cause, cet élément se tire de la considération de l'état des forces générales de l'organisme. Les grands épidémiologues du dernier siècle en ont fait un être abstrait, peu saisissable, à la vérité, mais réel, sous le nom de *fièvre stationnaire ;* dans la constitution actuellement régnante, il s'exprime par la *dépression*, la *prostration* des forces, en un mot, l'*adynamie*.

Cet état général et dominant éclaire singulièrement l'évolution rapide et mortelle de certains actes morbides, en apparence irréductibles aux manifestations plus graves de la constitution régnante : c'est sous son empire qu'un anthrax, ou de simples furoncles, une plaie ou un traumatisme insignifiants aboutissent à une terminaison fatale que rien, si ce n'est cette tendance morbide supérieure, ne pouvait faire pressentir. Là se trouve, pensons-nous, la raison de la mort récente et si imprévue de deux regrettables confrères, les docteurs Toirac et Reybard (1).

Si cette influence générale domine, comme on vient de le voir, les états morbides les plus accidentels, à plus forte raison s'exerce-t-elle sur les affections qui font partie essentielle de la constitution régnante; et, de fait, elle se révèle dans chacun des actes de leur évolution, qu'elle commande. Pour en témoigner, il suffit de mentionner la fréquence des déterminations hémorrhagiques à caractères passifs et asthéniques, se faisant tantôt sur le tégument interne, d'autres fois se manifestant à la peau sous forme de pétéchies, ou même sous l'aspect de plaques cyanotiques, ainsi que nous en avons vu un cas remarquable à l'hôpital Necker. L'ataxie elle-même a été adynamique, si l'on peut ainsi dire, et les délires actifs n'ont été observés que très-exceptionnellement et dans des conditions d'individualité.

Cette tendance dépressive, ce génie adynamique a également marqué de son empreinte certaines affections qui, comme le rhumatisme, accomplissaient leur évolution annuelle à travers la constitution régnante. Nous en avons observé plusieurs exemples, dont

(1) Le corps de l'internat a également payé son douloureux tribut. M. Chaumel, interne distingué à l'hôpital de la Charité, a succombé, en peu de jours, à une fièvre typhoïde.

un surtout très-remarquable, dans lequel l'affection rhumastimale, en pleine période d'état, a revêtu les caractères à la fois locaux et généraux de la constitution actuelle : manifestations gastro-intestinales intenses et adynamie extrême.

Ainsi, dépression des forces d'emblée, adynamie profonde, défaut de réaction de l'organisme contre les atteintes qui lui sont portées, tel est le caractère dominant supérieur de la constitution que nous traversons : c'est lui qui doit particulièrement solliciter l'attention du clinicien, car il est la source essentielle des indications thérapeutiques. Proscrivant formellement, à moins de circonstances spéciales et surtout individuelles, les méthodes antiphlogistiques et débilitantes, il commande, au contraire, une alimentation appropriée et la médication tonique. Seuls, ces moyens sont capables d'aider l'organisme à lutter et à se relever de la profonde défaillance où il a été jeté; et, s'ils n'y réussissent pas toujours, du moins leur efficacité n'est-elle pas livrée aux hasards d'un empirisme grossier comme celui qui résulte de l'observation superficielle et banale des phénomènes morbides isolés.

C'est justement à l'étude bien entendue des constitutions médicales qu'il faut demander ces données vivifiantes, véritables lumières de la médecine clinique. On perçoit dans les tendances de la génération médicale présente le sentiment de cette nécessité à laquelle nos devanciers, un peu trop oubliés, des deux derniers siècles, ont payé de si remarquables tributs : nécessité qui dictait à l'un des plus grands et des plus illustres d'entre eux, les paroles suivantes dont on ne saurait assez se pénétrer : « Qui regnantem temporis constitutionem non assidue respexerit, neque inde suos sibi canones efformarit, næ is alto se mari committit, ventorum ludibrium, et fluctuum prædia (1). »

---

Bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de l'os incisif et d'une large division congénitale de la voute et du voile du palais. — Restauration de la voute palatine par autoplastie périostique. — Absence de toute régénération osseuse au bout de trois mois. — Parmi les questions chirurgicales à l'étude figure la palatoplastie périostique, ce qui nous engage à reproduire la note suivante, que l'habile professeur de la Faculté de Strasbourg vient d'adresser à l'Académie des sciences.

« Mon malade, dit M. Sédillot, âgé de treize ans, a été opéré le

---

(1) *Stoll. Ratio medendi*, cap. XII, p. 291.

23 mai. La fissure palatine présentait 10 millimètres de largeur en avant, 17 en arrière, au niveau de la naissance du voile. La moitié droite de la voûte palatine avait 20 millimètres, et la moitié gauche 15 millimètres de largeur. Les lambeaux périostiques furent rapprochés et réunis sur la ligne médiane avec un plein succès, et, après la staphyloraphie, faite quelques jours plus tard (30 mai), la difformité n'existait plus, et la voûte et le voile du palais étaient rétablis, à l'exception d'une étroite ouverture de 8 à 10 millimètres de longueur, en arrière de l'os incisif. Il eût été de la dernière imprudence de vouloir terminer l'opération en un seul temps : les lambeaux périostiques n'auraient plus été suffisamment soutenus, et la division simultanée des grandes artères palatines et de la naso-palatine, ou palatine antérieure, aurait rendu la mortification imminente. C'est le 26 août seulement, trois mois après les premières opérations, que nous avons détaché le périoste en arrière des canines supérieures et de la première petite molaire, pour combler la portion persistante antérieure de la fissure, et nous avons alors constaté, avec M. le professeur Bœckel, qu'à ce moment la portion de la voûte reconstituée depuis trois mois par les lambeaux périostiques n'offrait aucune trace d'ossification. Les tissus étaient souples, élastiques, dépressibles, sans dureté à la pression, et la pointe du bistouri promenée sur la surface nasale ou périostée du lambeau ne rencontra pas le moindre noyau d'ossification.

« Ce fait négatif ne démontre pas l'impossibilité absolue des régénérations osseuses par des lambeaux déplacés du périoste ; mais il prouve au moins le peu d'importance que méritent les affirmations contraires, tant qu'elles restent dénuées de caractères scientifiques positifs et certains. Nous avons demandé qu'on mît sous les yeux de l'Académie un os véritablement régénéré par le périoste, et cet appel n'a pas encore été entendu.

« Si le périoste n'a pas ici reproduit d'os, nous devons reconnaître que l'os dénudé a reproduit du périoste, et les parties de la voûte palatine, mises à nu par la dissection et le transport des lambeaux vers la ligne médiane, se sont couvertes d'un nouveau périoste et d'une nouvelle membrane muqueuse dont il serait possible de tirer ultérieurement parti, dans le cas où quelques fentes ou pertuis fistuleux seraient à fermer. »

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

## REVUE DES JOURNAUX.

**De l'influence de l'ergotisme sur la sécrétion lactée chez les nourrices.** Il existe un tableau bien connu, et que nous appellerons classique, des accidents habituellement produits par l'ingestion de céréales et particulièrement du seigle ayant subi cette dégénérescence singulière, sur la nature de laquelle les auteurs sont loin de s'accorder et connue sous le nom d'*ergot*. Les convulsions et la gangrène des extrémités sont, comme on sait, les principaux de ces accidents. Mais personne, que nous sachions, n'avait encore constaté un fait qu'a observé M. le docteur Poyet et qu'il a mentionné dans son esquisse de la topographie médicale de la plaine du Forez : c'est la suppression du lait sous l'influence de l'usage habituel d'un pain contenant une notable proportion de seigle ergoté. Cet accident a été constaté sur six nourrices soumises aux conditions dont il vient d'être question. Il mérite d'autant plus de fixer l'attention des praticiens qu'il a été également observé, à la même époque, par le docteur Commarmond, de Saint-Galmier, et qu'il semble, en conséquence, destiné à trouver sa place dans la symptomatologie de l'ergotisme. Ajoutons qu'il a suffi, dans les circonstances qui précèdent, de substituer à l'usage du pain malade celui d'un bon pain de froment pour mettre un terme à l'accident et ramener la sécrétion laiteuse suspendue. (*Annales de la Société de méd. de Saint-Etienne et de la Loire*, avril, mai, juin 1863.)

**De la chloro-anémie palustre ; modification qu'elle doit apporter au traitement des maladies aiguës et de la pneumonie en particulier.** Il n'est guère permis de croire qu'il puisse se rencontrer, en ces temps de progrès scientifiques, des esprits assez récalcitrants ou assez imbus de préjugés pour se refuser à l'évidence de ce précepte thérapeutique qui est presque un axiome, savoir, qu'une méthode quelconque ne saurait être absolue dans ses applications, et qu'elle doit être modifiée selon les conditions individuelles du malade, les influences du temps, des lieux, etc. S'il s'en trouvait, cependant, qui se montrassent encore rebelles à cette vérité, peut-être suffirait-il, pour les convaincre, de les renvoyer à l'excellente esquisse de topographie médicale que vient de faire M. le docteur Poyet, de la plaine du Forez. Dans ce pays, où le miasme paludéen exerce d'une façon constante ses ravages spécifiques, il existe un état chloro-anémique, en quelque sorte endémique. Il est reconnu, d'ailleurs, aujourd'hui, par la généralité des praticiens, qu'il en est de même dans tous les pays marécageux, et cet accompagnement habituel de l'intoxication palustre a très-bien été décrit, dans ces derniers temps, sous le nom de *leucocythémie* ou *leucémie*. — Il excelle, au rapport de M. le docteur Poyet, dans la plaine du Forez, et l'on comprend que cet état morbide général, qui marque plus ou moins de son empreinte tous les habitants de ce pays, doive dominer la pathologie et surtout la thérapeutique des diverses maladies dont ils peuvent être atteints. Les modifications qu'il commande dans le traitement des maladies aiguës sont principalement importants, et quelques praticiens paraissent s'être exposés à de graves mécomptes, pour avoir négligé cet élément supérieur des indications, notamment dans le traitement de la pneumonie. M. le docteur Poyet s'applique surtout à faire ressortir la nocuité, dans ces conditions, de la méthode antiphlogistique, en général, et des émissions sanguines en particulier, et au contraire, l'efficacité et la supériorité de la médication tonique que ce savant praticien associe aux préparations antimoniales et aux révulsifs cutanés. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans les détails de son intéressante étude ; mais la mention toute sommaire que nous avons faite d'un point de cette étude, qui touche à une grande question de thérapeutique générale, suffit pour en faire pressentir l'importance et appeler sur elle toute l'attention qu'elle mérite. (*Annales de la Soc. de méd. de Saint-Etienne et de la Loire*, juin 1863.)

**Bons effets de l'opium dans l'apoplexie de la moelle épinière résultant de l'air comprimé.** On connaît peu, en général (et de cela il faut s'applaudir), les effets de l'air comprimé sur la santé. Le fait suivant, dû à M. le docteur Limousin, de Bergerac, semble démontrer combien peut être redoutable son influence : ce fait emprunte, en outre, un nouvel intérêt au résultat de la médication employée en cette circonstance : Le 31 décembre 1862, un ouvrier de vingt ans, habitué au travail dans des tubes à 3 atmosphères 1/2, et n'ayant jamais éprouvé d'accident, tombe foudroyé en sortant d'un de ces tubes. Rappelé à la vie par des saignées et des révulsifs, il reste avec une paralysie complète des membres inférieurs, excrétion involontaire de fèces et de l'urine, sensibilité normale partout, un peu exagérée aux membres inférieurs ; si on les frappe brusquement, si on les touche avec un corps froid, ils accomplissent involontairement un rapide mouvement d'extension. Ils sont en même temps le siége de mouvements convulsifs très-douloureux. — Le 28, douleurs abdominales atroces. Ventre souple ; plaintes continuelles ; voix éteinte ; sueurs froides, face cadavérique ; pouls insensible à 48. Ventouses sèches, lavements laudanisés, sans résultat. Extrait thébaïque, 1 centigramme *d'heure en heure*. Dès la seconde pilule, les douleurs cessent, un sommeil profond s'empare du malade, et il se réveille complétement débarrassé. Une forte escarre s'était formée au sacrum ; elle s'améliore rapidement, pansée à la poudre de quinquina ; l'application d'armatures métalliques fait également cesser les contractions douloureuses des membres. Enfin, le mouvement se rétablit dans ceux-ci, mais mieux à droite qu'à gauche. Il est à noter que la vue fut abolie pendant quelques instants, et que les érections avaient été très-rares dès le début : elles devinrent bientôt plus fréquentes, et la défécation et la miction récupérèrent aussi leur accomplissement volontaire. (*Union méd. de la Gironde*, juin 1863.)

**Pleurésie aiguë ; fistule pleurale ; guérison spontanée.** Nous rapportions dans notre dernier numéro (p. 185), un fait de fistule pleurale empruntée à la pratique de M. Whitwell, et dans lequel la guérison est due évidemment à l'intervention efficace de l'art ; en voici un autre où pareil résultat a été accompli par les seules forces de la nature : Un jeune ouvrier, dont nous devons l'histoire à M. le docteur Tuefferd, de Montbéliard, contracte une pleurésie aiguë, du côté droit, à la fin de janvier dernier. Malgré l'emploi successif de moyens appropriés et énergiques, l'épanchement augmente ; et, dans les derniers jours de février, un large érysipèle se développe, depuis le creux axillaire droit jusqu'à la crête iliaque. Une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, molle et fluctuante, se forme au centre, au niveau des cinquième, sixième et septième côtes. Cette tumeur est irréductible. Une ponction avec le bistouri donne issue à plusieurs litres d'une sérosité trouble et fétide ; il n'est pas douteux qu'il y a communication entre cette ouverture et la cavité pleurale, car le jet du liquide arrêté se rétablit par la toux, et aussitôt après l'évacuation de ce liquide, la sérosité fait place à la matité, ainsi qu'un murmure vésiculaire faible, doux et pur. Mais le sphacèle s'étant emparé de cette ouverture et des parties environnantes dans une étendue de 1 centimètre carré, les côtes sont mises à nu, disséquées, et il en résulte une plaie semblable à une large boutonnière et longue de 3 centimètres, entre les sixième et septième côtes. Au fond de ce vaste ulcère, apparaît le feuillet viscéral de la plèvre enduit d'une couche de pus semi-concret et d'une teinte jaune sale. A chaque inspiration, l'air s'engouffre bruyamment dans le thorax et en sort en sifflant, au point qu'une colonne de pus fétide est lancée à 1 ou 2 mètres quand il survient une quinte de toux. Pour autant que l'épanchement purulent se vide lorsque le malade est couché sur le côté, il se renouvelle très-rapidement, la fièvre persiste, l'amaigrissement touche au marasme, et tout fait présager une mort prochaine, lorsque, malgré l'oppression et l'insomnie, l'appétit se fait sentir et peut être satisfait ; les accidents disparaissent peu à peu ; la cicatrisation de la plaie s'effectue, la sécrétion se tarit, et en juin, C***, complétement guéri, pouvait reprendre ses pénibles travaux, qu'il n'a pas abandonnés depuis. (*Bull. de la Soc. méd. de Besançon*, numéro 12.)

**De l'urémie dans le cancer de l'utérus.** Parmi les nombreuses acquisitions faites par la pathologie et la clinique, dans les dernières années, l'une des plus intéres-

santes, à coup sûr, est la connaissance de ces accidents curieux et redoutables qui interviennent si souvent à titre de complication, et compris dans la désignation d'*urémie*. A en juger par les nombreuses et si complètes recherches auxquelles l'étude de ce sujet a donné lieu, il semblerait que cette étude ne laisse plus rien à désirer, et, cependant, on n'est pas médiocrement étonné de voir qu'une lacune importante existait, à cet égard, dans le domaine de la pathologie utérine, lacune qui vient d'être comblée, en grande partie, par M. le docteur Wannebroucq. Du travail très-succinctement analysé de ce savant confrère, il résulte que l'empoisonnement urémique est un mode de terminaison assez fréquent du cancer de l'utérus. Dans ces conditions, comme dans la plupart des autres maladies où elle peut se produire, l'urémie affecte soit la forme aiguë, soit la forme chronique, plus souvent, peut-être, cette dernière : on voit alors la céphalalgie, l'insomnie, des fourmillements dans les membres, quelques troubles dans les organes des sens précéder, pendant un temps assez long, les symptômes graves et d'une grande acuité, lesquels finissent par éclater à leur tour : ce sont des convulsions, du délire, du coma, etc. Les malades meurent, dans certains cas, en peu d'instants ; d'autres fois, ils luttent davantage et ne succombent qu'après un certain nombre d'accès. Dans un cas remarquable observé par M. Wannebroucq, les vomissements, qui sont un des éléments symptomatiques ordinaires de l'urémie, se sont montrés avec une prédominance et des caractères tout à fait insolites. Ils furent incessants et incoercibles au point d'amener, par véritable inanition, la mort que, quelques semaines auparavant, on eût pu croire encore très-éloignée. Ajoutons, et c'est un point capital, que dans tous ces faits où se manifestèrent des accidents urémiques, l'on trouva à l'autopsie l'un des uretères, ou tous les deux, plus ou moins impliqués par l'extension de la maladie cancéreuse. Grâce à ces intéressantes recherches, le cadre et même quelquefois le pronostic des complications du cancer utérin pourront et devront comprendre non-seulement celles si fréquentes et si connues, hémorrhagies, péritonites, infection purulente, mais encore l'urémie. (*Bullet. méd. du Nord de la France*, août 1865.)

---

**Abcès profond du cou ouvert dans la trachée ; trachéotomie ; guérison.** Un véritable intérêt, tant au point de vue de la marche des abcès profonds du cou qu'au point de vue du traitement nécessité et mis en usage, dans cette circonstance, s'attache à l'observation suivante, lue par M. le professeur Binaut, de Lille, à la Société centrale de médecine du Nord, et que nous résumons ici : Un homme de quarante-sept ans, sujet à de fréquents enrouements et exposé aux vapeurs irritantes de la fabrication du nitrate de fer, commence à éprouver, le 7 septembre 1862, de la douleur à la gorge avec raucité de la voix. Deux jours après, l'aphonie est complète : sangsues ; le 15, tuméfaction énorme du cou, avec rougeur érysipélateuse et douleurs pulsatives. Respiration difficile; déglutition impossible. Onctions mercurielles belladonées et cataplasmes. Le malade, après une nouvelle application de sangsues, crache du pus épais, sanguinolent, extrêmement fétide, en telle quantité, qu'il croit le vomir, cela pendant trois jours. Le 20, fluctuation évidente à l'extérieur, et accompagnée d'un clapotement produit par le mélange de l'air avec le pus. Un clapier descend du larynx au sternum. Afin de prévenir la fusion du pus derrière cet os, une contre-ouverture étroite est pratiquée avec la lancette ; le pus s'échappe en sifflant. Une mèche est introduite et renouvelée jusqu'au 1er octobre, époque à laquelle le clapier est tari. Une cicatrice se forme à 1 centimètre au-dessus du cartilage cricoïde. Convalescence. Substitution de la pommade iodurée à la pommade mercurielle pour combattre un peu d'engorgement persistant du cou. Mais bientôt les crachements purulents reparaissent avec une dyspnée croissante et telle que, le 25 décembre, le malade suffoque. Il est à la période d'asphyxie. Sans savoir la cause des accidents, M. Binaut plonge un bistouri droit dans la trachée, sur la cicatrice susdite ; aussitôt un sifflement aigu se fit entendre, et l'opérateur reçut à la face, avec la colonne d'air, une assez grande quantité de sang. L'incision étant agrandie avec un bistouri boutonné, une canule fut introduite dans la trachée. Le malade ne reprit ses sens qu'à la faveur de la respiration artificielle et longtemps après. L'expiration étant beaucoup plus gênée que l'inspiration, on en découvre assez facilement la cause dans l'existence de

végétations, à la partie supérieure de la plaie trachéale sur la convexité de la canule qu'elles obstruent. On insista, dès lors, sur les insufflations d'alun qui avaient été pratiquées dès le début; à la fin de mars, le malade pouvait, sans trop de gêne, conserver sa canule bouchée pendant une demi-heure. Celle-ci était définitivement enlevée le 16 avril, et la plaie fut complétement cicatrisée. Un peu d'oppression a seulement persisté. (*Bullet. méd. du Nord*, juillet 1863.)

**Traitement des tumeurs érectiles par l'emploi topique du perchlorure de fer.** Faire en sorte que le *remède ne soit pas pire que le mal* est un précepte essentiel en thérapeutique, mais dont la réalisation n'est pas toujours facile et est loin quelquefois de s'accomplir au gré des meilleures intentions. La thérapeutique chirurgicale, appliquée aux maladies de l'enfance, offre surtout des exemples de ces difficultés et de ces déceptions bien propres à modérer le zèle que met le praticien à tenter la cure d'affections peu graves en elles-mêmes et constituant plutôt de très-légères difformités que de véritables états morbides : tels sont les *nævi materni* chez les petits enfants. Que de moyens n'ont pas été préconisés tour à tour et employés contre ces tumeurs, et que de fois n'a-t-on pas eu à se repentir d'y avoir touché, non pas tant à cause de l'inefficacité du remède qu'à cause du résultat obtenu, tout opposé au but qu'on se proposait d'atteindre! Il est des cas cependant où il convient d'intervenir, et alors le nombre, quel qu'il soit, des moyens à mettre en usage ne saurait être à dédaigner pour le choix et la détermination du chirurgien. M. le docteur F. Bricheteau vient d'en faire connaître un nouveau, tiré de la pratique de M. le professeur N. Guillot : c'est le perchlorure de fer en topique associé à l'emploi de la potasse caustique. Le fait suivant, que nous résumons, paraît témoigner de l'efficacité de ce moyen, au moins dans ce cas particulier : Un petit enfant de huit mois portait à la partie supérieure du front, vers la naissance des cheveux, une tumeur érectile, plus large qu'une pièce de cinq francs, et dont l'accroissement progressif effrayait la mère et lui fit solliciter l'intervention de l'art. Cette tumeur était congénitale. Le 13 mars on commença à la traiter par le procédé suivant : La tumeur étant enveloppée et cernée à sa base par des bandelettes de diachylon, on promène légèrement sur la surface, pendant une demi-minute, un pinceau imbibé d'une solution concentrée de potasse caustique, de façon à détruire seulement les couches superficielles de l'épiderme. Le lendemain, nouvelle application de potasse caustique. L'épiderme, cette fois, paraît complétement détruit, et on voit poindre en certains points des gouttelettes de sang. On promène alors sur la tumeur un pinceau trempé dans une solution de perchlorure de fer. Le lendemain, nouvelle application de potasse caustique, suivie immédiatement d'une application de perchlorure de fer. Mais l'enfant est pris de pneumonie, et le traitement de la tumeur a dû être interrompu. Celle-ci, néanmoins, était manifestement affaissée huit jours après. Ce traitement est continué journellement et comme ci-dessus jusqu'au 30 mars, époque à laquelle la tumeur est complétement modifiée dans son aspect et sa consistance : elle est recouverte par une peau dure, résistante, comme parcheminée, au-dessous de laquelle on sent un vide complet. Un mois après, il n'existe plus de tumeur érectile; on voit seulement à sa place une plaque de couleur rosée, qui, à son tour, avait presque complétement disparu trois semaines après. Comme on le voit, le procédé employé dans ce cas n'est autre que le procédé de Wardrop, modifié par l'adjonction du perchlorure de fer; mais il est facile de saisir l'importance et le but de cette modification qui prévient le danger imminent des hémorrhagies provoquées par les cautérisations pures. Nul doute que ce procédé ne soit susceptible d'heureuses applications. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, août 1863.)

**De l'action et de l'emploi du poivre en thérapeutique.** Le docteur Barbo Soncin attribue au poivre une action hyposthénisante élective sur le système veineux. D'après ses expériences personnelles, corroborées par celles du professeur Dieu et d'autres praticiens, le poivre abat considérablement les forces musculaires, fait naître un besoin irrésistible de repos, d'aliments, de boissons alcooliques, diminue la force et la fréquence du pouls jusqu'à le faire descendre (comme l'ont constaté MM. Isnard et Vallette) de 70 à 48 pulsations, et à le rendre même filiforme.

Sans compter les uréthrites et les fièvres périodiques, dans lesquelles le poivre a montré son efficacité à de nombreux expérimentateurs, M. Barbo l'a trouvé très-utile dans les céphalalgies à fond veineux, avec embarras de la circulation veineuse abdominale, associées ou non à des obstructions viscérales ou aux hémorrhoïdes ; dans les métrorrhagies, dans les digestions lentes ou difficiles, même accompagnées de pyrosis ; dans les coliques dues à des congestions veineuses, avec production de gaz intestinaux; dans quelques cas de vertiges, avec fourmillement et torpeur des membres, et, enfin, dans des cas de catarrhes chroniques des bronches ou des muqueuses intestinales, et dans les leucorrhées. L'identité de propriétés thérapeutiques des poivres, en général, a fait préférer à l'auteur le poivre noir. Il n'a jamais dépassé la dose d'une demi-once par jour, en commençant par 2 gros, partagés en 6 ou 8 parties, sous la forme de pilules, ou enveloppés dans du pain azyme. Le poivre doit être pulvérisé récemment, et conservé dans un flacon bien bouché. (*Gaz. méd. de Lyon*, juin.)

**Nouveau mode de cautérisation dans la diphthérie.** Le docteur Casali recommande de faire par les narines les injections astringentes ou caustiques que nécessite l'existence de la diphthérie dans l'arrière-bouche ou dans le larynx.

Les avantages de cette méthode sont :

1° Que l'enfant ne peut en refuser l'application; ce qui arrive souvent pour les attouchements exécutés directement sur les amygdales ou le larynx;

2° Que les parents ou les gardes-malades peuvent faire ces injections, sans l'intervention du médecin; ce qui en assure l'exécution aussi fréquente que les circonstances le commandent;

3° Que le liquide injecté, étant renvoyé immédiatement par les efforts d'expuition et de toux que son contact détermine, est ainsi mis en rapport avec toutes les surfaces, toutes les anfractuosités de l'arrière-bouche, que, avec l'attouchement direct, on n'eût certainement pas pu atteindre. Ces mouvements spasmodiques aident, d'ailleurs, puissamment à détacher les fausses membranes.

4° Enfin que l'enfant n'étant pas à chaque instant violenté pour subir la cautérisation directe, on n'est pas exposé à le voir refuser d'ouvrir la bouche pour avaler soit les médicaments qui peuvent être indiqués, soit les aliments dont le pouvoir reconstituant est si particulièrement nécessaire dans cette maladie. (*Imparz.* et *Gaz. méd. de Lyon*, juin 1863.)

**Collyre urineux.** Le docteur Barrago a préconisé contre les granulations conjonctivales des lotions avec l'urine rendue balsamique par l'injection du copahu. MM. les docteurs Cannas et Scanerini ayant expérimenté, et l'un pendant vingt-six jours consécutifs, ce répugnant collyre, ont vu les granulations progresser et s'accroître durant ce temps, absolument comme si on ne les avait soumises à aucune médication. Ils concluent, en conséquence, à l'abandon de ce topique, dont tant de dégoûts, tant de dangers conseillent d'ailleurs la proscription.

Nous saisissons cette occasion, dit M. Diday, pour confesser que les injections, et même la rétention dans l'urètre, de l'urine copaïfère, médication que nous avions nous même proposé dès 1843 contre la blennorrhagie urétrale, n'ont pas eu entre nos mains les succès que d'autres auteurs ont publiés, et sur lesquels la théorie donnait quelque droit de compter. (*Gaz. Ital.* et *Gaz. méd. de Lyon*, juin.)

## VARIÉTÉS.

### RESTAURATION MÉCANIQUE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE [1].

#### I. *Restauration à la suite des nécroses phosphoriques.*

Poursuivant notre même ordre et continuant à marcher, dans notre exposition des ressources de la prothèse, du simple au composé, nous devrions produire tout d'abord des cas de restauration du maxillaire inférieur à la suite des né-

[1] Voir le dernier numéro, p. 189.

croses phosphoriques. Mais les exemples font défaut, et nous n'en avons pas trouvé un seul dans le musée si complet de M. Preterre. Les occasions, plus rares aujourd'hui, par suite des soins pris par les ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, ou la facilité de l'œuvre prothétique, en sont-elles la cause? C'est ce que nous ne pouvons dire.

Dans les cas de nécroses phosphoriques des maxillaires, alors même que la lésion vitale porte sur l'os entier, son élimination n'entraîne pas de difformité. Le périoste est conservé plus ou moins intact, de sorte qu'une production osseuse nouvelle vient rétablir la charpente et maintenir les formes normales du visage. Le seul dommage qui persiste est la perte des dents; or, il est facile d'y parer à l'aide d'un dentier artificiel. La lacune que nous laissons ici n'est donc nullement regrettable.

II. *Restauration à la suite des pertes de substance de la partie antérieure du maxillaire.*

Nous avons fait remarquer que dès que la continuité de l'os maxillaire avait cessé d'exister, que cette solution soit le résultat d'une fracture comminutive ou d'une résection osseuse, les deux fragments se déviaient, entraînés qu'ils sont par les muscles qui y prennent leurs points d'attache, et que le déplacement était d'autant plus considérable que le fragment osseux était plus étendu.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des moyens que la thérapeutique chirurgicale met en œuvre pour prévenir le déplacement des fragments pendant la cicatrisation des fractures comminutives; pas plus que de l'opportunité de l'emploi de ces mêmes moyens à la suite des résections, lorsque l'opération n'a enlevé qu'une petite portion de l'os. Le propre de la prothèse est d'accepter les faits accomplis, les résultats qu'on lui fournit; alors seulement qu'elle aura fait preuve de la réalité de ses ressources, elle pourra, à son tour, aborder l'étude des procédés opératoires et des moyens thérapeutiques mis en œuvre pendant la cicatrisation des parties, afin de recommander l'emploi de ceux qui pourront le mieux préparer son œuvre.

Nous pouvons donner un exemple de restauration de chacune de ces lésions, et nous commencerons par le fait de résection de la partie moyenne du maxillaire affectée d'un kyste osseux, cas dans lequel la pièce mécanique est la plus simple.

Obs. *Kyste osseux développé dans la partie moyenne du maxillaire inférieur; resection de cette partie de l'os; appareil prothétique.* — M. R***, expert près le tribunal de commerce de Paris, âgé de cinquante-huit ans, entre dans la maison des frères hospitaliers de Saint-Jean de Dieu, pour se faire enlever une tumeur de la mâchoire qui, depuis plusieurs années, prend du développement, et donne issue à des liquides sanieux. M. R*** attribue l'origine de sa maladie à un accident qui lui arriva à l'âge de onze à douze ans. Lancé à toute vitesse dans une partie de barres, un de ses camarades le saisit par un pied et le fit tomber. Le menton alla frapper contre un arbre et il en résulta une blessure assez profonde et assez large, d'environ 4 centimètres de long. On pansa la blessure sans appeler un homme de l'art. Elle se cicatrisa sans présenter d'accidents remarquables; mais au niveau de la cicatrice, qui resta apparente, M. R*** éprouva pendant longtemps de la sensibilité. Vers l'âge de vingt-huit à trente ans, il perdit une dent sans racine, qui tomba pendant qu'il mangeait. Cette dent correspondait précisément à l'alvéole situé au-dessus du point du maxillaire qui avait porté dans la chute. Quoique les douleurs au niveau de la cicatrice eussent cessé depuis longtemps, il se formait, de temps en temps, au

point de la gencive correspondant à la dent tombée, une petite tumeur qui, en s'ouvrant, laissait écouler un liquide salé.

Cette tumeur ayant résisté à un traitement interne conseillé par M. Velpeau, le malade se décide à céder aux conseils de M. Maisonneuve, et à se laisser enlever son kyste. L'opération eut lieu le 23 octobre 1856. Un détail de l'anesthésie, que nous ne devons pas omettre, puisqu'il montre une fois de plus qu'il n'est pas toujours nécessaire de pousser cet acte préliminaire jusqu'au collapsus des forces, est ainsi raconté par le malade : « Quoique le chirurgien eût fait usage du chloroforme, j'ai entendu tout ce qui s'est dit pendant l'opération, qui a duré environ dix minutes. Je n'étais qu'engourdi et j'ai parfaitement senti qu'au lieu de scier la moitié de l'épaisseur de l'os maxillaire, il l'avait scié dans toute son épaisseur. Je n'ai éprouvé aucune douleur lorsque le bistouri a fendu ma lèvre et une partie du menton, pour permettre d'arriver sur la tumeur ; mais j'ai ressenti une douleur sourde et désagréable lorsque la scie a coupé l'os. »

Les suites de l'opération furent des plus simples, et la guérison des plus rapides, car, le 31 octobre, huit jours après son entrée, le malade quittait la maison des frères hospitaliers pour retourner à pied chez lui.



Fig. 37.

Six semaines plus tard, la cicatrisation était assez solide pour que M. Maisonneuve pensât à faire combler la brèche du maxillaire et adressât le malade à M. Preterre, afin qu'il lui construisît un appareil.

Voici un dessin représentant la partie du maxillaire enlevée (fig. 37) : elle comprend toute la hauteur de la mâchoire et a, à peu près, un pouce de large. L'os était creusé, en cet endroit, d'une vaste cavité dont les parois, table interne et table externe de l'os, sont très-minces quoique encore assez résistantes. Cette cavité s'étendait au delà des deux sections qui ont été faites. Sur la partie supérieure qui concourait à former le bord alvéolaire, on remarque une dent incisive E

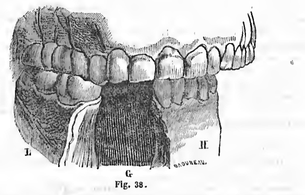


Fig. 38.

qui est presque renversée en dehors. A la partie inférieure, l'os a conservé une certaine épaisseur. Dans l'intérieur de la cavité du kyste et sur sa paroi infé-

rieure est couchée la dent canine complétement développée, et comme incrustée dans la substance osseuse (D'). M. Maisonneuve pense, avec raison, que c'est le follicule de cette dent qui a été l'origine du kyste.

Voici l'état de M. R*** avant l'adaptation de la pièce prothétique :

*Aspect extérieur de la face.* — A l'extérieur, l'aspect de la face n'est pas considérablement modifié ; seulement, la partie gauche de la lèvre inférieure paraît située sur un plan un peu postérieur à celui de la partie droite. En même temps, à droite, la portion du maxillaire de ce côté fait saillir le menton d'autant plus que la partie gauche est plus déprimée.

*Aspect de la cavité buccale.* — A l'intérieur de la bouche, on observe que le maxillaire inférieur est divisé en deux parties séparées entre elles par un intervalle (G) qui indique une perte de substance (fig. 38). Les deux parties de l'os, au lieu d'avoir la courbure de l'arcade dont elles faisaient partie, sont

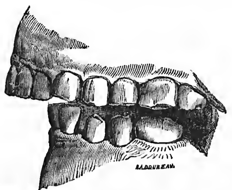



Fig. 39.

presque rectilignes, cela est sensible surtout pour la partie gauche (H) qui, étant la plus grande, devrait être la plus sensiblement courbée ; cette partie paraît redressée et presque rectiligne. Les deux parties de l'os convergent l'une vers l'autre, et, au lieu de former une arcade, suivent la direction des côtés d'un angle dont le sommet serait au-devant de la perte de substance, à droite de la ligne médiane. Du côté droit, la portion du maxillaire ne présente que deux dents : deuxième et première grosses molaires. Celle du côté gauche en porte cinq : incisive latérale, canine, deux petites molaires, première grosse molaire ; la première petite molaire est un peu séparée de la canine gauche. Au niveau de l'intervalle des deux parties de l'os, la muqueuse est plissée à cause de leur rapprochement. Quand la bouche est fermée, on voit que la partie gauche de l'arcade dentaire supérieure est très en dehors de la partie de l'inférieure qui devrait lui correspondre (fig. 38 et 39).

*Prononciation sans la pièce.* — La prononciation est distincte, et la voix sonore ; seulement certaines lettres, telles que *ch*, *g*, ne sont prononcées qu'avec un certain sifflement. M. R*** nous dit qu'il se fatigue plus vite en parlant sans la pièce que lorsqu'il en est pourvu.

*Mastication.* — Sans la pièce, la mastication est très-incomplète et très-difficile, sinon impossible. La partie gauche de l'arcade dentaire inférieure est en dedans de la partie correspondante de la supérieure de plus d'un centi-

mètre; les dents de ce côté ne se correspondent plus. En outre, la mobilité des deux parties du maxillaire, lorsque rien ne les maintient, est assez considérable pour ôter toute force et toute sûreté aux mouvements de mastication.

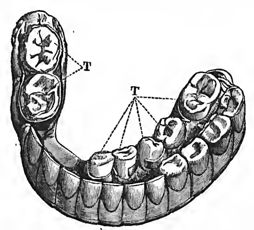



Fig. 40.

*Aspect de la cavité buccale avec la pièce* (fig. 40). — A la place de l'arcade dentaire normale, on observe deux rangées de dents du côté gauche, les dents naturelles (T), servant de point d'appui aux dents artificielles qui forment la rangée extérieure. Cette portion d'arcade dentaire artificielle s'étend jusqu'au-devant de la perte de substance qui sépare les deux parties du maxillaire; l'intervalle qui les sépare est masqué par trois dents artificielles qui passent au-devant.

Les deux dents de la partie droite du maxillaire fournissent aussi des points d'appui à l'appareil, au moyen de lames d'or qui entourent leurs couronnes. Il n'y a pas de ce côté de dents artificielles.

Quand la bouche est fermée, l'arcade dentaire inférieure, en partie naturelle,

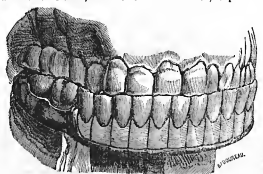


Fig. 41.

en partie artificielle, correspond parfaitement à l'arcade dentaire supérieure (fig. 41).

*Prononciation avec la pièce.* — La prononciation est bonne; la langue ne pouvant plus s'engager dans l'intervalle des deux portions du maxillaire et l'air ne passant plus par cette ouverture anormale, les vices de prononciation que nous avons signalés plus haut sont tout à fait corrigés.

*Mastication.* — Elle s'exécute beaucoup mieux que quand M. R*** est dépourvu de sa pièce ; cependant il mâche plus volontiers du côté gauche; il y a une sensation d'empâtement et de gêne quand la mâchoire supérieure presse un peu fort sur la partie artificielle de la mâchoire inférieure. Mais en somme le malade s'applaudit de l'emploi de sa pièce et la trouve tous les jours de plus en plus commode.

Cette longue observation, tirée de l'*Art dentaire*, présente deux points principaux à considérer : le procédé opératoire mis en œuvre pour la destruction du kyste, puis la restauration mécanique du maxillaire inférieur.

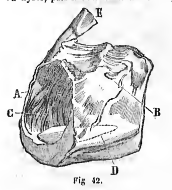


Fig 42.

Un simple coup d'œil jeté sur la figure 42 représentant la face postérieure de la partie du maxillaire enlevée, suffit pour convaincre de la facilité qu'on aurait eue pour conserver la base de l'os et même la lame postérieure, et prévenir tout résultat fâcheux pour les fonctions de la bouche. Le procédé opératoire était des plus simples : deux traits de scie, s'arrêtant à la moitié de la hauteur de l'os, permettaient, à l'aide de la gouge et du maillet, de faire sauter toute la partie supérieure du kyste; la dent, source du mal, enlevée, il eût été possible de détruire le reste du kyste avec l'emploi des caustiques.

Notre regretté confrère Gensoul, dans sa lettre chirurgicale *Sur quelques maladies graves des maxillaires,* publiée en 1831, nous avoue qu'il a été sur le point de commettre une semblable erreur. Le kyste dentaire était développé dans le maxillaire supérieur, de sorte qu'il se disposait à enlever cet os

---

*Description de la pièce* (fig. 43).

Cette pièce présente à considérer trois faces et un bord : une face externe, une face interne, une face intérieure, un bord supérieur.

Sur la *face externe* on remarque, en allant de gauche à droite, les onze dents artificielles (N) munies de leurs gencives séparées, la base métallique qui les supporte, puis à droite une lame métallique, large de 1 demi-centimètre, qui entoure les deux molaires qui restent (première et deuxième grosses molaires) et se moule sur les contours de leurs collets.

La *face interne* présente une série de lames métalliques, soudées à la base d'or qui revêt en partie les gencives, et entourant les couronnes des dents de manière à fournir des points d'appui à l'appareil. Une lame de 1 centimètre de haut entoure la première grosse molaire; elle est soudée avec une seconde de 1 demi-centimètre de haut qui embrasse la deuxième petite molaire et la première. La lame qui embrasse la canine est la plus élevée et a au moins 1 centimètre; l'incisive latérale en est dépourvue à sa partie interne. Toutes ces anses métalliques sont supportées par une base M, M qui est moulée sur le bord gingival et qui présente des ouvertures convenables pour laisser passer les dents dont elle entoure la base.

L'espace compris entre les deux portions du maxillaire est rempli par trois

en entier. Déjà le lambeau de la joue était taillé, lorsque, avant d'aller plus loin et pour s'assurer de la nature de la tumeur, ce chirurgien enleva sa paroi antérieure et tomba dans une cavité remplie d'un liquide jaunâtre, analogue à celui des hydropisies du sinus maxillaire. Le doigt introduit dans cette cavité put constater la présence de la canine qui était implantée dans l'apophyse montante du maxillaire. Gensoul se borna alors à enlever la partie saillante de la tumeur. La guérison fut rapide.

« J'espère que la franchise avec laquelle je publie la grave erreur de diagnostic que j'ai commise, servira à éveiller l'attention des chirurgiens sur les causes de ces tumeurs; avant de se décider à les opérer, ils examineront avec le plus grand soin si le travail de la dentition a été complet, etc., etc. »

Ces erreurs ne sont pas rares, et nous aurons à en signaler un nouvel exemple tout à l'heure.

Gensoul rapporte encore dans cette lettre une observation de cancer de la mâchoire inférieure qui a nécessité la resection de la partie moyenne du maxil-

dents artificielles. Du côté gauche, les deux molaires sont embrassées par une lame de 1 centimètre de hauteur.

La *face inférieure* présente une sorte de gouttière destinée à recevoir le bord gingival, et au fond de laquelle on voit les ouvertures destinées à laisser passer les dents et les bords inférieurs des lames contournées qui revêtent en partie leurs couronnes. Cette gouttière est interrompue au niveau des trois dents artificielles qui remplissent l'espace compris entre les deux portions du maxillaire;

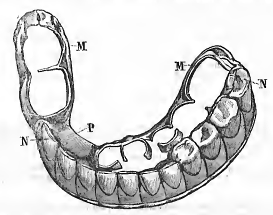


Fig. 43.

il y a entre la partie gauche et la partie droite de cette gouttière comme une sorte de pont métallique (P) qui les relie l'une à l'autre, et se trouve en contact avec la muqueuse qui tapisse le plancher de la bouche en ce point, où le maxillaire et par conséquent les gencives manquent complétement.

Sur le *bord supérieur* de la pièce, on remarque, en allant de gauche à droite, la série des faces triturantes des onze dents artificielles, et derrière ces dents la série des ouvertures qui laissent passer les couronnes des cinq dents de ce côté et les bords supérieurs des lames métalliques qui revêtent la base de ces couronnes. Derrière les trois dents placées au niveau de la perte de substance est une sorte de bourrelet métallique qui remplace jusqu'à un certain point la gencive absente, mais qui a moins de hauteur qu'elle. Enfin, à droite, les ouvertures et les lames qui entourent la base des couronnes de ce côté.

laire. A la fin de son récit, nous trouvons le passage suivant, qui témoigne d'un essai fructueux de prothèse.

« Le malade commençait à manger avec appétit des aliments mous; mais les trois dents qui lui restaient ne pouvaient s'appliquer contre l'arcade dentaire supérieure, les deux fragments de la mâchoire étant entraînés par les ptérygoïdiens internes. Au bout de quelques mois, lorsque toutes les adhérences eurent acquis beaucoup de force, et que les fragments osseux qui avaient été longtemps douloureux et dont j'avais craint la nécrose, se furent parfaitement cicatrisés et eurent perdu leur sensibilité, je fis faire un râtelier en os d'hippopotame, et je le fis disposer de manière qu'il pût être fixé en embrassant les dents et les bouts des mâchoires, et pût remplacer jusqu'à un certain point l'arc osseux que j'avais enlevé. Par le moyen de ce râtelier, M. Dubauchet peut exercer les mouvements de mastication, triturer la viande, les légumes et les portions les plus molles du pain. La salive ne s'écoule pas au-dessus de la lèvre et l'articulation des sons est facile ; les traits de la figure ont à peine changé, et il est permis de dire, sans exagération, qu'ils sont agréables, et que la trace de la cicatrice indique seule qu'il a été soumis à une opération. »

Lorsque Gensoul a fait paraître son travail, cette opération datait de cinq années, et la guérison se maintenait ; par conséquent, le mutilé continuait à faire usage de sa pièce artificielle.

---

Les promotions et mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le corps des officiers de santé de la marine :

M. Lefevre, directeur du service de santé au port de Brest, a été admis à la retraite par application de la limite d'âge.

M. Marcellin Duval, directeur à Toulon, passe dans les mêmes fonctions à Brest.

M. Jules Roux, premier chirurgien en chef de la marine, est nommé directeur du service de santé au port de Toulon.

M. Jules Rochard, second chirurgien en chef, est nommé premier chirurgien en chef au port de Lorient.

M. Drouhet, second chirurgien en chef à Lorient, est appelé à servir dans le même grade à Rochefort.

---

Ont été nommés présidents : de la Société de prévoyance et de secours mutuels des pharmaciens de l'Aveyron, M. Albenque ; de la Société de l'Hérault, M. le professeur Bouisson ; de la Société de la Loire-Inférieure, M. Petit ; de la Société de l'arrondissement de Cherbourg, M. Asselin ; de la Société de la Mayenne, M. Bucquet ; de l'Association des pharmaciens du Nord, M. Simon ; de la 126e Société de secours mutuels de Lyon, dite des *Médecins du Rhône*, M. Barrier.

---

Par décrets des 15 août et 2 septembre 1863, ont été nommés dans la Légion d'honneur : *Officiers :* MM. Fretin, médecin-major au 86e de ligne ; Marchesseaux, médecin-major de 1re classe ; Deluy, médecin-major au 20e d'artillerie ; et Besnier, pharmacien-major. — *Chevalier :* M. Pineau, médecin aide-major. — Par décret du 5 septembre, M. le docteur Chrétien, président de la Société impériale du Haut-Rhin, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

---

Par délibération de la Commission administrative de l'hospice de Parthenay, M. le docteur Ledain a été nommé médecin en chef de cet établissement. Notre honorable confrère était depuis douze ans médecin de cet asile hospitalier, lorsqu'en 1852 il fut éloigné de ses fonctions. La Commission, en le réintégrant dans la position qu'il occupait alors, a fait acte de justice. Elle a tenu compte des services qu'il avait rendus et qu'il peut rendre encore.

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### De l'influence défavorable du changement subit de climat.

Par M. le docteur J. Henry Bennet, médecin accoucheur à Royal free Hospital, ancien interne des hôpitaux de Paris (¹).

Il y a longtemps que la médecine a compris l'utilité du changement de climat pour la guérison des maladies chroniques, ou tout au moins pour le soulagement des malades et la prolongation de leur vie. Mais jamais peut-être cette utilité n'avait été aussi hautement reconnue et appréciée, jamais l'étude comparative des diverses localités, dont on peut conseiller le séjour, n'avait été faite avec autant de soin et de succès qu'à notre époque. C'est surtout relativement à celle des affections chroniques qui est la plus commune, la phthisie, qu'ont été entreprises les intéressantes recherches des médecins climatologistes sur cette belle question d'hygiène thérapeutique, recherches qui ont eu pour résultat la connaissance plus approfondie de la valeur des diverses stations hibernales depuis longtemps fréquentées, et la révélation de quelques-unes restées plus ou moins ignorées auparavant.

Mais suffit-il de donner à un malade atteint de tuberculisation pulmonaire le conseil d'aller passer l'hiver à Nice, à Cannes ou à Menton, etc. ? N'est-il pas des précautions à lui recommander, soit en y allant à l'approche de la saison froide, soit pour en revenir au retour de la saison chaude ? C'est une question à laquelle une connaissance, même élémentaire, de l'action des saisons et des climats sur l'économie vivante ne permettrait pas de répondre autrement que d'une manière affirmative. Cependant il y a lieu de craindre que de telles recommandations ne soient que trop souvent négligées ; car l'attention des médecins ne semble pas s'être jusqu'ici suffisamment portée sur l'influence nuisible qu'entraîne pour la santé le passage subit d'un climat du nord à un climat du midi, ou d'un climat du midi à un climat du nord, comme il arrive si fréquemment par ce temps de rail-way. Et pourtant cette influence nuisible est réelle; elle existe même pour les forts et les bien portants, à plus forte raison pour ceux dont la constitution est faible ou atteinte par la maladie. C'est

(¹) « Mon cher Debout, je vous adresse une note sur un point de pratique encore peu étudié ; voyez si les remarques que je présente à mes confrères anglais ne sont pas dignes de figurer dans le *Bulletin de Thérapeutique*. — Si oui, donnez-leur l'hospitalité, vous obligerez votre vieux camarade.

« J. Henry Bennet. »

une chose que nous devrions reconnaître et prendre en sérieuse considération quand nous envoyons les malades hors de leur pays, afin de les prémunir contre les dangers auxquels peut donner lieu le changement de climat effectué dans de telles conditions.

Ces dangers, les circonstances m'ont mis à même de m'en rendre compte autrement que d'une manière théorique; et je puis, en même temps que je les signale d'après les données de mon expérience personnelle, faire part à mes confrères des moyens qui me paraissent les plus convenables pour en éviter les fâcheux effets.

Dans ces dernières années, quatre fois j'ai quitté l'Angleterre en octobre, arrivant en huit ou dix jours dans le sud de l'Europe, à Menton; et quatre fois, reparti de Menton en mai, je suis rentré peu de temps après en Angleterre. A Menton, dès mon arrivée, je suis appelé à donner mes soins à quelques-uns de mes compatriotes, comme moi émigrés pour l'hiver; et, revenu à Londres, je vois beaucoup d'entre eux à leur retour ou à leur passage dans cette ville; ou bien j'en apprends des nouvelles, si, comme il arrive fréquemment, ils passent alors sous une autre direction. Les maladies de l'automne et du printemps dont ils sont souvent atteints, ne me frappaient pas d'abord comme présentant quelque chose de particulier; mais peu à peu, à mesure que mon expérience s'est accrue, j'ai reconnu, premièrement, que ces accidents morbides se produisent chaque année avec une régularité stéréotypée; et secondement, que, dans une large mesure, ils doivent être rapportés au changement subit de climat, que rend possible la rapidité de communication des voies ferrées, rapidité dont on est porté à profiter par le désir bien naturel de terminer son voyage aussi promptement que possible.

Le trait particulier le plus marqué de notre climat, par lequel il se distingue de celui du continent de l'Europe, et spécialement de celui du bassin méditerranéen, est la grande quantité de vapeur que contient notre atmosphère. Suivant l'amiral Smythe, l'atmosphère de l'Angleterre en contient habituellement deux fois plus que la région méditerranéenne. Ces données sont confirmées par une série d'observations que j'ai faites l'hiver dernier à Menton, à l'aide du psychromètre : j'ai trouvé que la différence entre les deux thermomètres dont se compose cet instrument, était presque toujours très-grande d'un bout à l'autre de l'hiver, variant généralement de 5 à 10 degrés Fahrenheit. Nous avons encore la preuve de ce fait dans notre pâle ciel nuageux et dans la chaleur tempérée de notre été. La vapeur aqueuse s'interpose comme un écran entre la terre et le soleil dont elle absorbe la chaleur, et de là, en partie, la dou-

cœur de nos étés. L'absence de cette vapeur d'eau, ou la diminution plus rapide de sa quantité dans l'atmosphère de la région méditerranéenne, donne à l'air une sécheresse, une transparence, une élasticité vraiment particulières. Ces conditions de l'air permettent à la lumière et à la chaleur du soleil d'arriver plus aisément jusqu'à la terre, et rendent compte de l'azur transparent et profond du ciel, ainsi que de la chaleur intense des rayons solaires, même au cœur de l'hiver. Comme corollaire nécessaire, les nuits sont claires, brillamment illuminées par les étoiles et la lune, et froides comparativement au jour.

Le professeur Tyndall, dans son cours sur « *la Chaleur envisagée sous le rapport de son mode d'action*, » récemment fait à l'Institution royale, a fait voir, plus clairement qu'aucun de ses prédécesseurs, combien est grand le pouvoir absorbant de la vapeur d'eau à l'égard de la chaleur, et l'influence qui en résulte sur le climat. Le pouvoir absorbant de l'air humide varie avec sa densité. Il s'élève jusqu'à 98 quand le baromètre est à 30 pouces, et seulement à 16, lorsque la pression barométrique n'est que de 5 pouces. Ainsi, plus la vapeur d'eau est rapprochée de la surface terrestre où la pression barométrique a le plus d'intensité, plus est grand son pouvoir absorbant, et plus est grande la protection qu'elle oppose à l'effet brûlant des rayons du soleil pendant le jour, ou à l'extrême rayonnement de la chaleur pendant la nuit. Le professeur Tyndall montre d'une manière pratique quelle est l'importance de ces faits, en énonçant cette proposition qui en découle, à savoir que : si la vapeur d'eau était enlevée, pendant la durée d'une seule nuit d'été, de l'atmosphère de l'Angleterre, il s'ensuivrait la destruction de toute plante susceptible d'être tuée par la gelée, et, d'un autre côté, le jour serait aussi brûlant que la nuit serait froide.

Ces faits nous donnent la clef du climat méditerranéen, de la chaleur de son soleil pendant les journées d'hiver, et de la froideur de ses nuits. La faible quantité de vapeur d'eau dans l'atmosphère, d'une part, laisse les rayons solaires arriver jusqu'à la terre pendant le jour, et d'autre part, pendant la nuit, permet au calorique de rayonner avec rapidité de la terre vers l'espace.

En octobre, les malades quittent l'atmosphère humide de l'Angleterre lorsque le temps est déjà froid et que les soirées et les matinées sont brumeuses. Souvent l'on prend le train express directement de Paris à Marseille, et en seize ou vingt heures l'on est arrivé dans cette région méditerranéenne sèche et chaude. On y trouve encore l'été : le soleil a de la force, la température est élevée, ordinai-

rement au-dessus de 70 degrés Fahrenheit (un peu plus de 21 degrés centigrades). Le foie et la peau, qui déjà, en Angleterre, n'éprouvaient plus la stimulation de la chaleur tempérée de notre été, sont rappelés à l'activité d'une manière violente et soudaine. Il en résulte de la diarrhée, des embarras bilieux plus ou moins graves, une irritation de la peau, urticaire, furoncles, etc. La diarrhée est tellement commune, que peu de septentrionaux y échappent, et elle est universellement, mais à tort selon moi, attribuée au changement de nourriture, au vin et autres influences semblables.

Ces affections revêtent une gravité plus considérable chez les personnes qui hâtent leur départ de l'Angleterre, qui se pressent rapidement à leur destination et arrivent dans le Midi en septembre ou dans les premiers temps d'octobre. Dans mon opinion, pour les personnes du Nord, valétudinaires, malades, ou même en bonne santé, c'est bien assez tôt de n'arriver dans le Midi que vers la fin, dans la dernière semaine d'octobre. Le temps frais de l'automne n'y commence que vers le milieu de novembre; et un mois ou six semaines de la température chaude, accablante du Midi, à quoi se joint la pénible incommodité à laquelle donne lieu la présence de nombreux moustiques, est en général nuisible à la santé des gens du Nord. Les cas les plus sérieux de dérangements bilieux que j'ai à soigner chaque automne rentrent dans cette catégorie.

A la fin d'avril ou dans les premiers jours de mai, la Rivière, derrière l'abri naturel de montagnes qui la protége, commence à être chaude à un point désagréable. De plus, il y a déjà si longtemps qu'on jouit d'un beau temps d'été, qu'il devient difficile de croire que l'hiver règne encore dans le Nord. Les malades sont las, aussi, d'être absents de chez eux depuis six mois, et leur cœur aspire au retour. Une fois commencé, le voyage qui les ramène vers la patrie est, en général, poursuivi avec rapidité, et beaucoup arrivent à Paris ou en Angleterre dès les premiers jours de mai, beaucoup trop tôt pour leur bien. Dans le nord de l'Europe, si le vent souffle du sud, en avril et mai, l'air est doux et balsamique, et la végétation fait des progrès rapides; mais, jusqu'à ce que les terres montagneuses de la Norwége et de la Suède soient délivrées, ou au moins en partie, de leur couronne de neige, ce qui n'a pas lieu avant le mois de juin, un vent du nord-est apporte un temps froid et des gelées nocturnes. C'est cette atmosphère froide, et en outre plus ou moins chargée d'humidité, que trouvent ordinairement les malades à leur retour dans leur pays. Les fonctions de la peau et du foie, qui étaient déjà en pleine activité, sont subitement enrayées si le

voyage a été rapide; il en résulte pour les poumons et les reins un surcroît immédiat et considérable d'action, d'où très-souvent de violentes attaques de grippe, de coryza, de bronchite, d'hémoptysie.

J'ai signalé le mal; je dois maintenant faire connaître le remède. Il consiste à ne pas tenir compte des facilités offertes par les voies rapides, et à effectuer les voyages, soit du midi, soit du nord, de manière à n'affronter les changements considérables qu'ils doivent amener, qu'après s'y être d'avance acclimaté.

Les personnes sérieusement malades qui veulent hiverner dans le midi de l'Europe, se trouvent mieux de quitter l'Angleterre dans la dernière semaine de septembre ou au commencement d'octobre; mais, comme nous l'avons vu, le pays où elles doivent prendre leur résidence d'hiver ne peut guère leur convenir avant la fin de ce dernier mois. Il faut donc dépenser sur la route les deux, trois ou quatre semaines intermédiaires. Le voyage vers le sud, fait sans hâte et à loisir, permet à l'économie humaine de s'accoutumer graduellement au changement de climat. Une station favorite pour moi est Fontainebleau, ville dont le climat continental est plus sec que celui de l'Angleterre; on y trouve tout le comfort désirable, et la proximité de sa belle forêt donne toutes les facilités pour des promenades intéressantes et un exercice salutaire et sans fatigue. On peut y séjourner huit ou dix jours très-agréablement et à la fois d'une manière avantageuse pour la santé, beaucoup mieux qu'à Paris.

Plus au sud, Valence, Aix, Nîmes, Arles, etc., offriront à leur tour des stations intermédiaires convenables avant d'arriver au but du voyage. Mais il est une localité que je recommanderai d'une manière plus spéciale à mes compatriotes, je veux parler de Gréoulx, célèbre par sa source sulfureuse, l'une des plus anciennement connues et des plus efficaces du midi de la France. Gréoulx n'est, à proprement parler, qu'un village à cinq heures d'Aix en Provence, en dehors des routes fréquentées et loin des chemins de fer, mais qui néanmoins offre toutes les ressources désirables. Je l'ai visité en mai dernier, et j'ai été très-satisfait des qualités du climat, du pays qui est charmant, et de la tranquillité dont on y jouit. Je n'ai eu qu'à me louer d'en avoir conseillé le séjour à une petite colonie de mes amis et de mes malades de Menton, que j'y ai envoyés le printemps dernier, et je ne crois pas qu'on puisse trouver un lieu plus agréable pour y passer une quinzaine en se rendant dans le Midi pour l'hiver.

La même voie pourrait être suivie par les malades à leur retour

dans le Nord. Le départ de Menton, de Nice ou de Cannes, ou bien de l'Italie ou de l'Espagne, peut avoir lieu à la fin d'avril ou dans les premiers jours de mai, et l'on peut faire à loisir son voyage vers le Nord, de manière à arriver en Angleterre à la fin de mai ou dans les premiers jours de juin. Gréoulx est ouvert le 1er mai, et est déjà à cette époque véritablement délicieux. Quinze jours à Gréoulx, huit à Fontainebleau, puis l'on gagne l'Angleterre à petites journées, ce qui neutralise les dangers attachés à ces voyages qui, pour la rapidité, pourraient se comparer à la course du boulet.

---

**Remarques sur un cas d'éclampsie de longue durée guéri par la respiration artificielle ; et sur l'emploi de ce moyen dans les convulsions asphyxiques.**

Par M. le docteur Dailly.

Livré depuis plusieurs années à l'étude des mouvements artificiels appliqués à la thérapeutique, j'ai recueilli un grand nombre d'observations qui, je l'espère, contribueront à rendre à cette branche de la médecine le rang qu'elle a perdu et qu'elle tend d'ailleurs à reprendre.

Dans un grand nombre de circonstances, où les remèdes tirés de la pharmacopée sont insuffisants ou impuissants, les mouvements physiologiques, provoqués méthodiquement, peuvent restituer aux fonctions leur jeu régulier. Tel est le sujet que j'ai développé dans ma thèse inaugurale (*Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel*, 1859). Mais j'ai eu rarement l'occasion d'appliquer les procédés de la gymnastique médicale aux cas aigus, dans lesquels la mort fût aussi imminente et l'impuissance des médicaments pharmaceutiques aussi évidente que dans l'observation que l'on va lire.

Si la publicité donnée à ce fait peut déterminer quelques confrères à tenter eux-mêmes l'application des procédés que j'ai décrits, j'aurai atteint mon but.

*Obs.* Mlle Marie, âgée de sept ans et demi, a été élevée au biberon, à Paris, jusqu'à l'âge de quatre mois et demi, à Sens jusqu'à deux ans et demi. Jusqu'à la première de ces dates, elle a eu chaque jour des convulsions, sur la nature desquelles on ne peut être bien renseigné. Elle fut ensuite confiée à sa grand'mère, qui lui fit suivre pendant quatre années un très-mauvais régime alimentaire; elle fut ramenée à Paris au mois de février 1863. Elle avait contracté dès avant cette époque l'habitude de la masturbation et s'y livrait, paraît-il, avec passion, en compagnie d'autres petites filles. M. le docteur Desruelles, médecin ordinaire de la famille, lui donna des soins pour une brûlure assez étendue de la main et de l'avant-bras gauche. Il fut en outre appelé, le 28 juillet dernier, pour une rou-

geole qui était alors en pleine éruption. On lui signala, parmi les prodromes, des vomissements sanguinolents. La rougeole suivit d'ailleurs une marche régulière, et M. Desruelles, visitant la malade le samedi soir, 1er août, à huit heures, la trouva levée, ayant dîné à la table commune. Elle ne lui présenta aucun trouble notable : un peu de toux, ventre volumineux, ce qui s'expliquait par un repas assez abondant. Le dimanche matin, elle se plaignit d'un peu de mal à l'estomac ; elle eut des coliques et une garde-robe. Elle fut vivement contrariée d'être empêchée d'aller à la campagne avec sa mère.

A ces renseignements, que M. Desruelles a bien voulu me communiquer avec une obligeance extrême, j'ajoute que cette enfant est d'ailleurs très-nerveuse, impatiente, irritable. Bien qu'assez grande pour son âge, la poitrine est grêle, et elle paraît chétive. Le teint est pâle ou plutôt jaunâtre ; elle est très-intelligente, sensible et tendre. Au dire des parents, l'orage et le bruit du tonnerre l'effrayent beaucoup. Sa grand'mère affirme qu'elle a spontanément rendu un lombric, il y a environ une année. Mais, malgré l'emploi de la mousse de Corse et de la santonine, on n'a jamais pu, depuis, constater la présence de vers dans ses garde-robes. Je dois noter que la malade est en pleine seconde dentition. Presque toutes les molaires sont gâtées ; la première à gauche est située transversalement, de sorte que l'une des racines sort de l'alvéole. Les deux incisives inférieures commencent à se montrer. Mais elle n'accuse aucune douleur dans cette région.

Le dimanche 2 août, il y eut à Paris, entre cinq et sept heures, quelques violents coups de tonnerre. Vers huit heures et demie, Marie P***, qui avait été très-effrayée, fut tout à coup prise de convulsions, sur le début desquelles on a peu de renseignements ; son regard devint fixe et le globe des yeux se tourna vers le haut, position qu'il conserva pendant toute la durée de l'attaque ; les membres se roidirent et la respiration se suspendit pour un instant. Trois ou quatre fois avant mon arrivée, cette scène s'était renouvelée sans que l'intervalle fût appréciable. Il y avait ensuite une sorte de détente générale, et aussitôt après, le spasme tonique se reproduisait.

En l'absence de M. le docteur Desruelles, on manda successivement M. Baret, un second confrère dont je ne me rappelle pas le nom, et moi. J'arrivai le premier, à neuf heures et demie. Je trouvai la malade avec un pouls lent et faible ; peau et membres froids ; cyanose très-prononcée ; respiration trachéale, semblable au râle des agonisants ; insensibilité complète. En un mot l'asphyxie était imminente. Trismus et contracture à gauche. J'envoyai chercher un vomitif, et en attendant, je pratiquai immédiatement la respiration artificielle. A cet effet, je me plaçai en face de la malade, et réunissant mes mains en arrière sur le rachis, je fis une friction accompagnée de pression, d'arrière en avant, le long des côtes ; en même temps je soufflai sur la bouche et dans le nez. Assez rapidement je vis disparaître la coloration violacée des lèvres ; au bout d'un quart d'heure environ, le tonisme musculaire céda ; les yeux, tout en con-

servant une certaine fixité, revinrent à une position plus centrale, les paupières s'agitèrent, le côté gauche du corps et seulement le côté gauche, y compris les muscles de la face, entrèrent en convulsions cloniques assez régulières. La respiration devint plus bruyante, plus convulsive, et il semblait que l'enfant faisait effort pour dilater la poitrine. Toutefois, d'abondantes mucosités rendaient l'entrée de l'air très-difficile. Je cherchai à ce moment à titiller la luette avec les barbes d'une plume ; j'enfonçai profondément cette plume dans l'arrière-bouche, mais sans résultat. On apporta une potion vomitive que je cherchai à introduire mécaniquement dans le gosier, mais je ne puis dire si j'y réussis, parce qu'à ce moment les convulsions étaient très-violentes et qu'une grande partie du liquide se répandit sur le lit. Le fait est que la malade n'a eu, depuis, ni vomissements, ni nausées. Je constatai à ce moment le degré extraordinaire de la chaleur du crâne, la turgescence des jugulaires et des veines de la face, tandis que les membres et le tronc restaient froids ; et je remarquai que des sinapismes énormes, posés depuis plus d'une heure sur les jambes, n'avaient même pas rougi la peau. Les côtes étaient immobiles, le creux épigastrique et l'abdomen n'offraient l'indice d'aucun mouvement diaphragmatique, et les efforts respiratoires semblaient partir uniquement de la trachée et des bronches. La langue était rentrée et les mâchoires invinciblement resserrées. La sensibilité, interrogée de nouveau et diversement, reste complétement abolie.

Pendant la durée de cet examen la cyanose reparut, les convulsions se transformèrent en contractures, les yeux se convulsèrent de nouveau, et je repris méthodiquement la friction d'arrière en avant avec les deux mains, cherchant de temps en temps à simuler le mouvement de dilatation et de resserrement du thorax, et insufflant à distance rapprochée, les narines et la bouche qui, en raison de l'absence de deux incisives, m'offrit une petite ouverture ; je pratiquai en même temps une sorte de mouvement vibratoire sur le creux épigastrique, en vue d'exercer sur le diaphragme une action sur laquelle je reviendrai plus loin ; je fis tenir l'enfant assise, et parfois on lui penchait la tête en avant pour faire écouler la salive et les mucosités ; la cyanose disparut de nouveau et le clonisme reparut.

M. le docteur Baret survint alors et conseilla une potion antispasmodique, un lavement d'assa fœtida, quelques inspirations d'ammoniaque et un bain sinapisé. Pendant que l'on préparait ces médicaments, je continuai la respiration artificielle. Il ne fut guère possible d'administrer ni la potion, ni le lavement. L'ammoniaque ne produisit aucun effet. Le bain ne fut donné que plus tard. M'étant fait alors remplacer par le père de la malade, je m'aperçus que les manipulations ne produisaient pas le même effet, et ce ne fut qu'après lui avoir enseigné méthodiquement le procédé que je pus être assuré qu'il serait, en ses mains, efficace. Entre temps, je remarquai que chaque fois que l'on cessait momentanément les manipulations, la convulsion tonique reparaissait et l'asphyxie semblait derechef imminente.

Un troisième médecin vint alors et conseilla les inhalations de chloroforme dans les intervalles des convulsions; mais il n'y eut pas d'intervalles entre ce moment et la cessation complète des convulsions, en sorte que j'ignore si c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer l'insuccès du chloroforme ; le fait est qu'à trois reprises, je tentai l'administration de cet agent, et que chaque fois je dus m'arrêter devant la menace d'une asphyxie complète. Il ne parut même point que le chloroforme influençât le moins du monde le spasme clonique.

Le bain sinapisé étant alors prêt, on y plongea la malade pendant cinq minutes, durant lesquelles la cyanose revint, moins marquée que précédemment. D'ailleurs la chaleur reparut à la peau, qui me sembla un peu plus colorée, preuve évidente de l'efficacité de ce moyen et de l'amélioration actuelle de l'état de la malade, qui avait avant le bain supporté quatre ou cinq grands sinapismes, lesquels n'ont produit aucune action, laissé aucune trace.

Au sortir du bain, je fis envelopper la malade dans une couverture de laine, j'appliquai de la glace sur la tête, quelques ventouses sèches sur les cuisses, et je repris la respiration artificielle jusqu'à midi et demi, sans que l'amélioration se montrât définitive, puisque, dès que je cessais, la cyanose et la rigidité musculaire se montraient. Mais les convulsions diminuèrent peu à peu d'intensité, et le père de la malade ayant continué les manipulations jusqu'à une heure et demie, la respiration s'établit peu à peu, une énorme quantité de mucosités fut expulsée (non vomie), les yeux reprirent une situation normale, et vers deux heures, le calme et la connaissance revinrent complétement, sans transition comateuse. M. le docteur Baret, qui visita la malade vers quatre heures, put constater un excellent état; moi-même, vers huit heures, je trouvai l'enfant en pleine connaissance, ayant seulement un peu de fièvre et le ventre ballonné (huile de ricin, 15 grammes). J'eus le lendemain l'avantage de voir le médecin ordinaire de Marie P***, et d'apprendre que la guérison s'était confirmée. Depuis lors, les convulsions n'ont pas reparu. « L'état actuel, m'écrit M. Desruelles, est relativement meilleur que n'était l'état antérieur, » (7 août) et aujourd'hui sa situation s'est encore améliorée (17 septembre).

Cette observation est, si je ne m'abuse, intéressante à plus d'un titre; mes commentaires porteront sur la pathologie et sur la thérapeutique.

Pour ce qui est de l'étiologie, je serai bref, car le cas est des plus clairs : une jeune fille nerveuse, élevée sous un mauvais régime, atteinte récemment d'une brûlure superficielle de la main et de l'avant-bras, se trouvant d'ailleurs en pleine seconde dentition, et au neuvième jour d'une rougeole, adonnée à la masturbation, ayant éprouvé une vive contrariété et un profond effroi dû aux coups de tonnerre; ne semble-t-il pas, que toutes les causes se soient réunies pour favoriser une attaque d'éclampsie ? La difficulté

serait de trouver parmi ces causes celle qui a immédiatement déterminé la crise ; mais quand, chez un pareil sujet, chacune d'elles pourrait suffire, il est peut-être oiseux de chercher à éclaircir un aussi obscur problème.

Pas plus de difficulté pour le diagnostic. Il y a lieu seulement de noter la forme *subintrante* des accès, forme parfaitement décrite par M. Trousseau (*Clinique médicale*, t. I, p. 85). Cette grande attaque, qui a duré au moins cinq heures, serait composée d'un grand nombre de petites attaques qui se succéderaient de telle sorte que le paroxysme de l'une ne serait pas encore terminé quand le paroxysme de l'autre commencerait. Je ne vois nulle difficulté à considérer les choses sous ce jour; mais j'avoue qu'au lit de la malade, cet ordre de succession ne m'a point frappé. Et, bien que je connusse ce passage de la *Clinique médicale*, j'étais, avant de l'avoir relu, convaincu que j'avais eu affaire à un seul et même accès prolongé. Les étonnantes analogies qu'offre, à l'analyse, un accès d'éclampsie et des accès d'épilepsie et de tétanos disparaissent très-aisément, si l'on considère dans son ensemble le tableau symptomatique. Je dois noter cependant la forme unilatérale des convulsions, un trismus invincible et permanent, la peau froide et sèche (quelques auteurs parlent de sueurs abondantes), la chaleur excessive du crâne, qui m'a paru uniformo sur toute sa surface. Les urines n'ont point été examinées.

Ce serait le lieu de rechercher en vertu de quel enchaînement physiologique un état nerveux complexe, où l'élément cérébro-mental tient une place importante, peut aboutir à la perte du sentiment, aux convulsions musculaires, à la congestion cérébrale, à l'anesthésie, à l'analgésie, et même à une sorte de suspension des propriétés vitales de l'appareil cutané, qui a subi les irritations les plus variées et les plus vives, sans réagir ni localement, ni généralement. Il semble, par cet ensemble de symptômes, que le malade soit enfermé dans un cercle qui l'étreint : quel que soit le phénomène initial d'une attaque d'éclampsie, tous les phénomènes consécutifs le rejoignent et en activent l'intensité. Supposez à l'origine une sorte de sidération rapide des parties du système cérébral qui nous donnent conscience du moi, et de la portion de la moelle allongée qui tient en dépendance les actes dits mécaniques de la respiration ; dès lors, il n'est pas nécessaire de supposer que la cause primitive continue à agir, pour comprendre la succession des symptômes. La paralysie momentanée des fibres musculaires des ramifications bronchiques amène l'engouement par les produits de sécrétion ;

un trouble circulatoire mal compris, qui se traduit par un état congestif des poumons, du cœur, du cerveau, favorise la prolongation de la crise, qui dès lors peut n'être plus due à la cause primitive ; le défaut d'oxygénation du sang vient à son tour en aide à l'état convulsif qu'il peut à lui seul déterminer (ainsi qu'on le constate dans l'asphyxie par le charbon), et qui entretient le désordre de la circulation. Pour que la guérison s'établisse, tel est le cercle qu'il faut briser.

Malgré la réserve dont les maîtres recommandent d'entourer le pronostic, et malgré l'opinion plus rassurante, mais non mieux fondée, du confrère dont j'ai parlé plus haut, et qui du reste n'a vu la malade qu'un moment, M. Baret et moi, nous l'avions jugé mortel. La mort pouvait survenir ou par asphyxie immédiate, ou par asphyxie lente, ou par congestion cérébrale, ou par épuisement nerveux. Abandonnée à elle-même, je ne doute pas un moment que ce ne fût à l'asphyxie lente qu'en moins d'une demi-heure cette enfant eût succombé. Selon M. Trousseau, les convulsions *initiales* des fièvres éruptives sont généralement sans gravité; « il n'en est plus ainsi, dit-il, de celles qui apparaissent dans la période d'acuïté des maladies, et à plus forte raison des convulsions *terminales*. Celles-ci ont une signification funeste. » (*Loc. cit.*, p. 98.) Mais n'étant pas bien convaincu que, dans le cas actuel, l'éclampsie ait été liée à la rougeole (les autres causes me paraissant plus effectives), j'avais déduit un pronostic mortel de la durée de l'attaque, de la prolongation du spasme tonique, de l'état d'engouement des voies aériennes et de l'imminence de l'asphyxie. J'ai noté qu'à plusieurs reprises, dans l'intervalle des manipulations, j'avais constaté la convulsion tonique prolongée du diaphragme. Supposé qu'elle ne se fût point produite de la même façon dans la glotte, la respiration restait insuffisante alors même qu'elle fût devenue convulsive, tant l'écume bronchique était abondante. Mais les considérations que je pourrais produire ici trouveront mieux leur place au paragraphe suivant.

Trois moyens ont paru efficaces : le bain sinapisé, les insufflations d'air bouche à bouche, et les manipulations. Je ne suis pas bien sûr que les potions vomitives et éthérées aient été prises ; il m'a semblé pourtant que la première au moins avait été en partie avalée dans un mouvement convulsif de déglutition. En tout cas ces agents n'ont produit aucun effet appréciable. Les sinapismes n'ont laissé aucune trace de leur application. Les inhalations d'ammoniaque n'ont même pas impressionné la malade. Quant

aux inhalations de chloroforme, elles m'ont semblé dangereuses, et malgré les succès publiés par des observateurs consciencieux (V. *Gazette hebdom.*, I, nº 19, II, nº 32), j'avoue que dans cette forme d'éclampsie où dominent les phénomènes anoxémiques, elles me paraissent formellement contre-indiquées. Pour ce qui est du bain sinapisé, j'ai dit que la petite malade en avait visiblement profité; mais il faut se rappeler que ce n'est qu'à une période assez avancée de l'accès, alors que la malade se trouvait déjà mieux, qu'il a été administré.

Il reste à examiner les insufflations d'air bouche à bouche et les manipulations, moyens qui, combinés, étaient, à mon jugement, nécessaires et suffisants pour sauver la malade. Il me paraît fort douteux que les insufflations isolées eussent suffi; car la quantité d'air absorbée fût restée en ce cas fort minime; je tentai, un moment, en présence de M. Baret, l'emploi d'un soufflet dont j'introduisis le tube à l'orifice buccal, entre les incisives inférieures absentes et les supérieures; mais d'accord avec mon confrère, je dus renoncer à ce procédé, qui laissait la cyanose reparaître.

Les manipulations me paraissent donc indispensables dans la pratique de la respiration artificielle, lorsque, indépendamment de l'*anhematosie*, il y a une convulsion tonique des muscles respiratoires. La pression méthodique et intermittente sur les côtes ne réalise qu'imparfaitement le but à atteindre, qui est de chercher à altérer le mode d'innervation du diaphragme, des intercostaux, des scalènes, des dentelés, etc., et des muscles auxiliaires de la respiration, et même du tissu contractile des bronches. A cet effet, les manipulations peuvent s'adresser aux muscles ou aux nerfs qui les animent et de qui semble dépendre immédiatement le trouble fonctionnel. Aussi, indépendamment de la friction avec pression d'arrière en avant le long des côtes, indiquée dans le cours de l'observation ci-dessus, je crois qu'il faut pratiquer une sorte de pétrissement des muscles des gouttières vertébrales, et agissant de la sorte sur les racines postérieures des nerfs rachidiens; ceci peut se faire de chaque côté du rachis, dans l'intervalle de chaque friction.

De temps en temps, on fera avec les deux mains une pression de haut en bas de l'angle de la mâchoire inférieure à la partie moyenne de la clavicule. Outre que ce mouvement favorise le cours du sang dans les jugulaires, il se peut, surtout s'il est accompagné d'une légère vibration, qu'il modifie l'innervation pneumogastrique dont la section (c'est-à-dire, au point de vue du résultat, *la paralysie*)

amène des désordres très-semblables à ceux de l'asphyxie éclamptique. Cette *vibration*, qui est l'un des innombrables procédés de la méthode thérapeutique improprement appelée gymnastique médicale (*kinésitherapie*, Cinésie) s'adresse non-seulement au pneumo-gastrique, mais encore aux différentes branches du plexus cervical, notamment au nerf phrénique, dont la faradisation isolée, pratiquée par Duchenne, de Boulogne, pour étudier l'action du diaphragme, et Ludger Lallemand pour combattre l'asphyxie chloroformique, agit, selon ce dernier, comme excitant fonctionnel du système nerveux (V. *Annuaire des sc. méd.* de MM. Lorain et Robin. 1856, p. 75).

J'ai souvent tenté des pratiques analogues, mais plus complètes et plus méthodiques dans les accès d'asthme, et j'ai constamment obtenu une amélioration marquée, qui m'a paru dépendre d'une heureuse modification apportée au jeu du système musculaire par les manipulations ci-dessus décrites. Je ne dois pas oublier de rappeler que les vibrations pratiquées avec l'extrémité des doigts sur le creux épigastrique ont paru diminuer singulièrement le tonisme du diaphragme. Il y a là très-probablement une action réflexe, semblable à celle que l'on obtient par toutes les excitations périphériques ; mais à l'aide des vibrations, l'excitant, d'empirique et brutal, devient méthodique et délicat.

Il me paraît utile de rappeler ici l'observation, due à M. Cruveilhier, d'un cas de tétanos traumatique qui semblait devoir se terminer par asphyxie, et qui fut guéri à l'aide de la respiration artificielle *spontanée*, commandée par M. Cruveilhier lui-même, qui encourageait le malade et battait devant lui la mesure. Cet exercice fut continué pendant quatre heures, au bout desquelles le malade tomba dans un profond sommeil. Il s'est produit là, sans l'intervention des manipulations, c'est-à-dire de l'action réflexe du système nerveux (à moins que l'on ne veuille considérer comme phénomènes réflexes tous ceux qui sont consécutifs à une impression même mentale, théorie très-acceptable), une guérison qui, cependant, est due aux mêmes causes physiologiques. C'est-à-dire, à mon avis, que, sans avoir d'action sur l'éclampsie proprement dite, on a pu entretenir une fonction indispensable à la vie et laisser ainsi à la cause principale le temps d'épuiser son action.

*Conclusions.* — Bien que la note ci-dessus ne renferme qu'une seule observation, elle est trop conforme aux données antérieures de la pathologie et de la thérapeutique pour qu'il ne soit point légitime d'en déduire les conclusions suivantes :

1° Dans toutes les affections où la mort menace de survenir par asphyxie, la respiration artificielle doit être immédiatement pratiquée et doit être prolongée pendant plusieurs heures, quand bien même elle n'aurait pas tout d'abord les effets que l'on est en droit d'attendre.

2° Dans les affections convulsives, notamment dans l'éclampsie des enfants et très-probablement dans l'éclampsie des femmes en couches [1], dans le tétanos, dans l'asthme grave, dans le spasme de la glotte, dans certains cas d'épilepsie, etc., les médicaments pharmaceutiques doivent en général tenir le second rang, surtout quand l'asphyxie est imminente.

3° Le premier rang appartient, en ces cas, à la respiration artificielle, qui comprend les insufflations et les manipulations. Celles-ci ont pour but principal et pour action très-probable l'excitation fonctionnelle des nerfs et des muscles à l'aide desquels se produisent les mouvements respiratoires. Il convient de pratiquer les mouvements avec méthode, et il serait utile que l'on s'attachât à observer, séance tenante, les effets de chacun de ceux que l'on a exécutés.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### De la méthode autoplastique par pivotement appliquée à la restauration des lèvres (cheiloplastie).

Des applications particulières de l'autoplastie, la plus fréquente, sans contredit, est la *restauration des lèvres*. La cause en est dans le triste privilége que possèdent ces parties d'être si souvent attaquées par une affection excessivement envahissante et destructive de sa nature; d'où la nécessité et d'une ablation plus ou moins complète et d'une réparation d'autant plus urgente qu'ici, plus que

[1] On cite un cas d'éclampsie chez une femme en couches, cas dans lequel la mort par asphyxie était imminente. Aucun des nombreux et violents moyens employés (saignée de la jugulaire, sinapismes, vésicatoires sur le crâne, etc.) n'avaient le moins du monde modifié l'état de la malade. Le docteur Williams, suivant l'avis de Marshall-Hall, ouvrit la trachée et prolongea de vingt et une heures la vie de la malade. Le cas, quoique peu probant, est très-curieux. Mais, il m'est impossible de comprendre que, lorsqu'il n'y a pas d'obstacle matériel dans le conduit aérien, on choisisse la trachéotomie de préférence à la respiration artificielle, sans même tenter celle-ci. Il est fort désirable que les médecins qui ont l'occasion d'observer les femmes en couches mettent à l'essai les procédés dont nous avons parlé. (Voir *Gaz. hebd.*, 1854, n° 56.)

partout ailleurs, les exigences *plastiques* s'ajoutent aux exigences fonctionnelles.

On comprend, d'après cela, les nombreux perfectionnements que la cheiloplastie a eu, pour ainsi dire, l'occasion de subir depuis une trentaine d'années, perfectionnements tels, qu'on serait tenté de croire, au premier abord, que toute perte de substance des lèvres peut être réparée par une opération sur laquelle l'expérience est faite.

Le grand obstacle au succès complet de la cheiloplastie, le véritable *nœud gordien* de la question, qui, pendant longtemps, paraît avoir tenu en échec l'espoir des plus grands chirurgiens dans les ressources de l'opération, c'étaient les difficultés de pourvoir les lambeaux réparateurs d'une doublure muqueuse. « Donnez-moi une muqueuse, disait Delpech, il n'est rien que je ne me charge de faire; » et, pour réaliser cet idéal de ses aspirations, l'éminent chirurgien ne craignait pas d'exposer, d'un autre côté, ses essais au plus grave de tous les dangers, celui de la mortification des lambeaux. N'était-ce pas se jeter presque fatalement dans ce résultat que de soumettre, comme le fit Delpech, à une *double torsion*, le pédicule de ces lambeaux?

Du moment où, grâce aux heureuses tentatives de Serre (de Montpellier) et de Dieffenbach, ce fameux problème de la conservation de la muqueuse eut reçu une solution, au moins partielle, il sembla que le desideratum suprême fût atteint, et que la cheiloplastie, définitivement constituée, n'eût plus d'obstacle à rencontrer.

Ce serait méconnaître, assurément, la condition la plus éminemment favorable au succès de l'opération, que de nier le progrès véritablement réalisé en pareille circonstance; mais cette condition n'est pas la seule, tant s'en faut; et, d'ailleurs, elle est malheureusement soumise elle-même aux exigences de la variabilité extrême des indications particulières. Quand il s'agit d'une affection sujette à récidive, — et c'est le cas le plus ordinaire, — il faut avant tout se préoccuper d'enlever le mal en totalité. Il est difficile de concilier une pareille nécessité avec le désir de conserver la muqueuse en vue de la restauration des parties; et le péril qu'il y a de céder à ce désir, à la vérité plein de tentation, est bien démontré par les observations où la réapparition du mal a suivi de très-près l'opération.

Une condition non moins essentielle de succès pour la cheiloplastie, comme pour toute œuvre autoplastique en général, c'est que les lambeaux aient une largeur suffisante à leur base, et que, dans la migration qu'ils devront subir pour s'adapter convenablement à

la perte de substance, ils ne soient soumis ni à des tractions, ni à des torsions capables de compromettre leur vitalité.

On trouve un commencement de tendance vers ce but dans les tentatives successivement opérées par Roux (de Saint-Maximin), Morgan, et Lisfranc, lesquelles ne sont, en réalité, que des modifications du procédé de Chopart.

Le procédé de M. Sédillot, à *double lambeau*, marque un progrès plus réel encore dans cette voie ; mais il ne s'applique guère qu'à la restauration de la lèvre inférieure et aux pertes de substance peu étendues.

Les importantes modifications apportées par M. le professeur Denonvilliers aux procédés autoplastiques, modifications qui, dans leur ensemble, constituent une véritable méthode dont nous avons essayé de donner un aperçu (numéro du 15 août 1863), ayant justement pour effet de réaliser les conditions essentielles dont il vient d'être question, on conçoit sans peine qu'elles aient trouvé une application heureuse à la cheiloplastie : c'est une conséquence toute naturelle de la généralisation dont la *méthode par pivotement* est susceptible.

Destinée à fournir des lambeaux d'une grande étendue, cette méthode ne laisse pas en dehors de ses applications, comme le font la plupart des procédés connus, ces cas si nombreux où de très-larges pertes de substance ont été subies par l'une des lèvres ou toutes les deux : en second lieu, ayant pour précepte essentiel d'opérer le glissement direct des lambeaux, de manière à ne les soumettre ni aux tractions violentes, ni aux torsions si funestes à leur vitalité, elle tend, par là, à prévenir l'une des causes les plus capables de compromettre l'avenir de l'œuvre réparatrice. Les résultats obtenus prouvent qu'elle atteint parfaitement ce but, et le meilleur témoignage que l'on en puisse donner est le fait même qui constitue l'un des premiers essais de la méthode instituée par l'éminent chirurgien.

Ce fait, qui a servi de texte à l'exposition des principes de la méthode, par son auteur, devant la Société de chirurgie, est relatif à une femme chez laquelle toute la lèvre supérieure et une petite portion de la lèvre inférieure avaient été détruites par un cancroïde. Le mal intéressait également la cloison nasale à sa base, et la nécessité de reconstruire celle-ci a donné lieu à une petite modification opératoire qui ajoute à l'intérêt de l'observation. Elle est, à tous égards, trop remarquable pour que nous ne la rapportions pas dans tous ses détails.

Obs. *Cancroïde de la lèvre supérieure. — Ablation et cheiloplastie. — Succès.* — Boek (Françoise), cinquante-trois ans, entrée le 2 février 1854 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 50 (service de M. Denonvilliers), sortie le 14 août 1854. Il y a sept ans environ, cette femme vit se développer un petit bouton sur la saillie labiale gauche du bord libre de la lèvre supérieure, lequel se recouvrait de croûtes noirâtres, se reproduisant au fur et à mesure que la malade les arrachait. L'évolution du mal a été lente et progressive, mais plus rapide depuis deux ans; son début a coïncidé avec la disparition des règles. Point d'hérédité évidente.

Actuellement, l'affection se présente sous la forme d'un ulcère, ayant produit une perte de substance de toute l'épaisseur de la lèvre; s'étendant depuis la partie moyenne de la moitié droite de la lèvre supérieure, elle remonte circulairement jusqu'au-dessous de la cloison nasale, entoure celle-ci à sa base et à son côté gauche, pénètre un peu dans la narine gauche, atteint l'aile du nez du même côté jusqu'au niveau du sillon naso-labial, de là descend jusqu'à la commissure labiale gauche, qui est détruite et vient gagner la partie externe du bord libre de la lèvre inférieure, dans l'étendue d'un demi-centimètre. Le bord de la lèvre présente de petites inégalités; mais l'ensemble forme une section nette jusque sur le tissu gingival. Le fond de l'ulcération a un aspect noirâtre dû à la présence de croûtes de sang concret. Ces croûtes reposent directement sur les gencives; lorsqu'on les enlève, on aperçoit au niveau du repli de la muqueuse des gencives avec la lèvre, de petits ulcères grisâtres se continuant avec l'ulcération extérieure. Il y a donc aussi une portion des gencives envahie par la maladie.

L'os maxillaire ne paraît pas altéré. Cependant, les trois dents qui persistent encore en avant (la deuxième incisive droite, la canine droite et la gauche) sont noires et mobiles.

La dégénérescence ne paraît pas envahir les tissus au delà des bords de l'ulcération; cependant on remarque au niveau de la commissure gauche et au côté gauche de l'aile du nez plusieurs duretés qui s'étendent dans la profondeur des tissus. Il n'y a point d'engorgement appréciable des ganglions sous-maxillaires. La malade se plaint de quelques douleurs lancinantes. Pas de suppuration, mais un simple suintement donnant lieu à la production de croûtes noirâtres.

*Opération pratiquée le 17 février 1854.* — Le premier temps de l'opération consiste dans l'enlèvement des parties malades. Pour cela, une incision a été faite, circonscrivant les bords de l'ulcère, emportant, par conséquent, la partie inférieure de la cloison, un

peu de l'aile du nez et s'avançant dans l'épaisseur des téguments de la joue gauche. De plus, afin de ne rien laisser, M. Denonvilliers a rugïné les gencives malades et gratté l'os maxillaire.

Après avoir lié quelques petits vaisseaux, l'on procède au second temps de l'opération, la restauration des parties.

Un premier lambeau est taillé, à droite, par une incision courbe à convexité supérieure partant du bord inférieur de la mâchoire inférieure en avant du masséter et remontant jusqu'aux environs de l'aile du nez. Arrivé-là, au-dessus de ce premier lambeau et se continuant avec lui, M. Denonvilliers en taille un second plus petit, quadrilatère (de 1 centimètre d'étendue), aux dépens de la peau du côté de l'aile du nez, et remontant à un demi-centimètre au-dessous du rebord osseux de l'orbite.

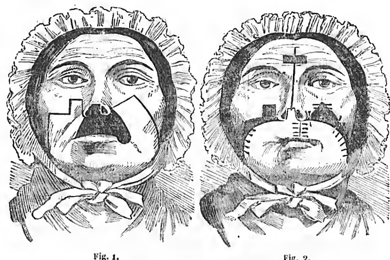


Fig. 1. Fig. 2.

A gauche, un lambeau semblable (moins le petit ajoutage) est taillé 1° par une incision partant du rebord inférieur du maxillaire inférieur sur le masséter, et dirigée verticalement en haut vers le grand angle de l'œil, s'arrêtant sur la pommette, à 1 centimètre du rebord de l'orbite; 2° par une seconde incision perpendiculaire à la première, partant du point où celle-ci s'arrête sur la pommette et se dirigeant jusqu'à l'aile gauche du nez. On obtient, de la sorte, de chaque côté, deux lambeaux quadrilatères symétriques, ayant pour base l'espace compris entre chaque commissure et le point de départ de chaque incision sur le rebord du maxillaire inférieur, libres par leur partie supérieure et par leur face interne, car les

incisions ont été portées jusque dans la profondeur des tissus, de façon que chaque lambeau fût doublé par la muqueuse à sa face interne [1].

Ces deux lambeaux, destinés à former la nouvelle lèvre supérieure, ont été inclinés en bas et en dedans, de manière à se rencontrer sur la ligne médiane et à se réunir par leur côté supérieur. Mais celui du côté droit, surmonté du petit lambeau quadrilatère destiné à refaire la cloison des fosses nasales, a été attiré au delà de la ligne médiane, de façon à permettre précisément à ce petit lambeau de venir s'adapter au-dessous de la cloison.

Les deux lambeaux, subissant ainsi un léger mouvement de torsion et d'abaissement, sont venus se rejoindre suivant une ligne verticale et ont été réunis par trois points de suture entortillée, comme dans le bec-de-lièvre.

La commissure gauche, qui avait été emportée, a été refaite par un point de suture entortillée comprenant la peau des deux lèvres et entre elles la muqueuse. De plus, au-dessus de l'épingle, le long du bord inférieur du lambeau gauche qui devait constituer le bord libre de la nouvelle lèvre, trois anses de fil simple passées avec une aiguille courbe, ont ourlé la muqueuse à la peau.

La lèvre supérieure ainsi construite, il fallait l'empêcher de tomber et la faire tenir aux joues et au nez. Pour cela, à droite, trois épingles ont relié la partie moyenne de l'incision convexe aux téguments de la pommette. A gauche, ont été faits de même trois points de suture au-dessous de la pommettre (le supérieur à 1 centimètre au-dessous de l'angle droit formé par les deux incisions). Deux autres points de suture ont rattaché encore ce lambeau aux téguments situés à gauche de l'aile du nez, de manière que l'angle supérieur du lambeau gauche est venu se placer dans l'angle formé par l'aile du nez et la seconde incision.

Enfin, trois points de suture formés par une simple anse de fil, ont comblé la petite perte de substance triangulaire qui avait été faite dans le sillon naso-labial.

Le petit lambeau quadrilatère a été attaché à la cloison, de chaque côté, par une anse de fil. Puis, un fil passé dans le petit lam-

---

[1] Il est bon de remarquer, cependant, que la muqueuse n'a pas été divisée au delà d'une ligne qui prolongerait horizontalement en dehors l'ouverture buccale, et, qu'à partir de ce point, l'incision, bien que profonde, n'a pas été portée jusque dans la cavité buccale. Par cette manœuvre, M. Denonvilliers se proposait de donner une certaine liberté à la partie inférieure du lambeau, tout en ménageant le conduit de Sténon.

beau et fixé sur le nez par une morceau de diachylon soutient le lambeau dans sa position. Une compresse imbibée d'eau fraîche a été appliquée pour tout pansement.

Dans la journée, un écoulement sanguin peu considérable s'étant manifesté dans la plaie triangulaire à gauche, fut arrêté par l'application d'un morceau d'amadou.

18 février. Réaction fébrile peu intense; gonflement modéré des parties; pas de céphalalgie.

19 et 20. Etat général excellent. Le gonflement est très-modéré. La peau est rouge, mais non érysipélateuse.

21. Même état; on enlève 1° les deux anses de fil de la cloison du nez; 2° l'épingle située au milieu des trois qui unissent le lambeau gauche au-dessous de la pommette (on laisse les fils collés par l'exsudation sanguine formant croûte).

22. On enlève : 1° les anses de fil de la commissure gauche et l'épingle qui retenait cette commissure, en laissant les fils collés sur la plaie; 2° les deux dernières épingles au-dessous de la pommette gauche; 3° deux des trois épingles de la joue droite; 4° le fil qui traversait le lambeau nasal; 5° les deux anses de fil reliant l'aile gauche du nez à la joue et l'épingle la plus externe de celles qui rattachent le lambeau gauche sur le côté du nez; 6° l'épingle supérieure des trois qui relient sur la ligne médiane les deux lambeaux de la lèvre (tous les fils restent agglutinés sur la plaie).

23. Les dernières épingles sont enlevées.

Pendant les trois ou quatre jours qui suivent, on se contente d'enlever les croûtes et les fils à mesure qu'ils se détachent. Alors on peut assez bien voir le résultat obtenu : il y a réunion immédiate d'une manière très-complète entre le lambeau et la joue droite, et, à gauche, sur le côté du nez, entre la joue et l'angle du lambeau. Au niveau de la pommette gauche, la peau est rouge et ulcérée par la présence des épingles; cependant, là encore, la réunion a eu lieu par les parties profondes. La petite perte de substance du nez n'avait point adhéré à la joue.

Quant à la suture verticale des deux lambeaux, elle a réussi surtout en bas et dans les parties profondes. La portion supérieure s'est un peu écartée, probablement à cause du tiraillement assez considérable exercé par les téguments. Cependant les parties profondes étant bien adhérentes, les deux lambeaux ne se séparèrent point, lorsque les fils furent complétement enlevés. Des bandelettes de diachylon appliquées les jours suivants rapprochèrent leurs bords, de manière à faciliter la réunion par seconde intention. C'est ainsi que

se combla le sillon qui s'était formé à la jonction des deux lambeaux, de même que l'angle que ceux-ci constituaient par leur jonction avec l'aile du nez.

Les surfaces saignantes laissées à nu par suite du renversement des lambeaux pris sur les joues se comblèrent après suppuration.

Le lambeau destiné à former la sous-cloison s'était parfaitement réuni à la surface saignante de celle-ci. Comptant sur la rétraction consécutive, M. Denonvilliers l'avait taillé plus large et plus long qu'il n'était nécessaire ; mais, contre son attente, il ne subit aucune modification ; et, vingt-cinq jours après l'opération, il faisait, au-dessous de la cloison, une saillie semblable à un lobule du volume d'une noisette. Cet appendice fût excisé sans le moindre inconvénient.

A partir du vingt-cinquième jour, toutes les incisions étaient cicatrisées. Ces cicatrices étaient, à cette époque, très-marquées et donnaient lieu à de notables dépressions. Mais, à dater de ce moment, on les vit peu à peu se combler et s'effacer, et, quelques mois après la sortie de la malade, les joues avaient repris, en grande partie, leur aspect normal.

L'opération avait donc rempli, d'une manière complète, le but que l'on s'était proposé : enlever le mal, et remplacer les parties enlevées par des téguments sains. Mais il en résulta plusieurs petites difformités amenées par le déplacement des parties destinées à combler la perte de substance. Ainsi l'orifice de la narine gauche est légèrement tirée en bas vers la cicatrice des lambeaux de la lèvre. La réunion verticale des lambeaux forme à sa partie inférieure une légère encoche, comme après l'opération du bec-de-lièvre par le procédé ancien. Il est à remarquer que les points de suture destinés à ourler la muqueuse à la peau pour reconstituer la commissure



Fig. 3.

gauche ont eu un plein succès ; mais la commissure droite est un peu tirée en dedans et en bas, par suite du plus de traction exercée sur le lambeau de ce côté et nécessitée par la restauration de la sous-cloison, de sorte que cette commissure paraît s'enfoncer un peu dans la bouche (fig. 3).

Enfin, on se rappelle que la portion antérieure du bord alvéolaire du maxillaire supérieur a été ruginée ; mais la face interne des deux lambeaux de la lèvre étant doublée par une membrane muqueuse, il en est résulté que la nouvelle lèvre n'a contracté d'adhérence avec l'os maxillaire que dans sa portion supérieure, et qu'elle est demeurée libre dans presque toute son étendue.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Des incompatibilités pharmaceutiques du perchlorure de fer et de son meilleur mode d'emploi.

Par M. Adrian, pharmacien, ex-préparateur et lauréat de l'École de pharmacie et des hôpitaux de Paris.

L'emploi du perchlorure de fer s'accroît, se répand, se propage ; chaque jour voit surgir une nouvelle preuve de son action réelle, puissante ; de ses effets rapides, heureux, variés. A ses nombreuses applications externes s'ajoutent des indications multiples de son usage à l'intérieur. Sa préparation officinale, simple et facile, sous forme de solution identique, toujours chimiquement neutre et inaltérable, à 30 degrés Baumé, selon le procédé introduit par nous dans la science en 1860, en permettant aux praticiens de l'employer sans crainte, tend ainsi à en vulgariser l'usage. Exempt par là du danger d'être mal supporté par l'estomac, de provoquer des douleurs intolérables, des vomissements et des accidents de toute sorte auxquels exposent les préparations défectueuses, acides, variables, que le commerce livre à bas prix, le perchlorure de fer mérite encore de fixer l'attention des praticiens sur la meilleure forme pharmacologique à lui donner pour son emploi *intus* et *extra*.

En effet, il ne faut pas que ce précieux médicament, libéré d'un danger, retombe dans un autre : celui de préparations magistrales infidèles, dangereuses ou insignifiantes ; car l'habitude d'associer les médicaments nouveaux à une foule de substances pour leur donner une forme pharmacologique qui en rende l'administration plus facile, tels que *sirops*, *pilules*, *potions*, *pommades*, *mixtures*, est un véritable danger pour celui-ci, en raison de ses extrêmes affinités

chimiques et de son incompatibilité radicale avec les substances organiques. Rien ne discrédite plus un bon remède que ces divers mélanges quand son action en est altérée, neutralisée ou seulement amoindrie. Il s'agit donc d'en déterminer les effets sur la solution de perchlorure de fer.

Jamais nous ne pourrons trop insister pour démontrer aux praticiens que la puissance d'action du perchlorure de fer comme hémostatique et hémoplastique n'est dû qu'à la combinaison qu'il forme avec certains liquides de l'économie, et qu'il faut absolument renoncer à tout mélange avec des substances de même nature qui, par leur simple contact, peuvent en diminuer l'action et souvent la neutraliser entièrement. Pour éviter à l'avenir de semblables méprises, nous allons passer en revue les différentes substances avec lesquelles il faudra toujours éviter d'associer cet agent si précieux.

*Albumine.* Si, dans une solution d'albumine parfaitement limpide on verse quelques gouttes de perchlorure de fer, il se forme aussitôt un précipité abondant, véritable caillot qui reste adhérent aux parois du vase. Ne peut-on pas conclure de cette simple expérience que c'est par son action coagulante instantanée, énergique, sur les éléments albumineux du sang, que le perchlorure de fer est à la fois l'*hémostatique* et l'*hémoplastique* par excellence? Il est donc absolument incompatible avec toutes les substances animales ou végétales contenant de l'albumine. En se combinant avec ce principe, il décompose toutes ces substances, les transforme en se transformant lui-même, et devient ainsi impropre à remplir le but que l'on s'était proposé d'atteindre (1).

*Gomme.* Le perchlorure de fer est incompatible avec la gomme, comme avec l'albumine. En effet, ajouté à une solution de gomme arabique obtenue à froid et d'une limpidité parfaite, il forme aussitôt un précipité abondant, et la partie restée soluble n'a plus aucune des propriétés d'astriction et de coagulation du perchlorure de fer.

(1) Est-ce à dire qu'administrée à l'intérieur, la solution de perchlorure de fer soit arrêtée aussi dans l'estomac par sa combinaison avec l'albumine du mucus qu'elle y rencontre ? Non, car de même que le précipité, le caillot qu'elle forme avec ce principe dans l'éprouvette se dissout par un excès d'acide, les acides du suc gastrique qui se trouvent à jeun dans l'estomac s'opposent à cette coagulation. Le perchlorure pénètre ainsi intact dans la circulation où il se combine avec les principes albumineux du sang, comme en témoignent les effets physico-chimiques qui s'observent aussitôt sur ce fluide. De là l'indication de n'administrer la solution perchlorurée qu'à un intervalle suffisant des repas, pour favoriser son absorption et éviter de donner en même temps des substances alcalines, albumineuses ou gommeuses.

D'où l'indication positive de ne jamais associer le perchlorure de fer avec la gomme en solution, sirop, potion ou autrement, car il en résulterait une combinaison insoluble, espèce de magma qu'il est souvent impossible de sortir des flacons.

*Substances mucilagineuses.* Il n'est pas moins nécessaire de montrer l'incompatibilité radicale du perchlorure de fer avec toutes les solutions mucilagineuses faites avec la guimauve, l'amidon, le lichen, les semences de lin et de coings, etc. Que l'on ajoute, en effet, à une infusion de l'une de ces substances quelques gouttes de la solution perchloroferrique, et l'on verra bientôt se former un véritable coagulum, en même temps que le perchlorure de fer lui-même sera ramené à l'état de protochlorure de fer. On ne peut davantage l'administrer dans une infusion ou une décoction quelconque, dont il précipiterait aussitôt le principe extractif en se combinant avec lui et l'on n'aurait ainsi qu'un produit inerte et parfois même dangereux.

*Pilules, pastilles, capsules, etc.* Il est aussi inapplicable sous forme pilulaire, car on ne peut lui donner ces formes pharmaceutiques sans l'incorporer à la gomme, à l'amidon, au sucre ou à quelque autre corps mucilagineux qui le décomposent également. Déjà notre confrère, M. Burin du Buisson, avait blâmé ces prétendues préparations nouvelles comme inertes. Aussi nous ne pouvons partager l'opinion qu'il a émise dernièrement de faire administrer la teinture de Bestuchef en capsules. Car ici encore, non-seulement le perchlorure de fer, au contact d'une matière gélatineuse, sera décomposé, mais tout le monde sait que la teinture de Bestuchef ellemême n'est qu'un mélange de protochlorure de fer et d'acide chlorhydrique, résultat de la réaction qui s'opère par le simple contact du perchlorure de fer sur l'alcool.

*Sucre.* Même en présence du sirop simple de sucre de canne, le perchlorure de fer éprouve une décomposition manifeste. Ce mélange prend immédiatement une coloration jaune plus intense que dans l'eau distillée, et, après quelques jours, cette couleur jaune disparaît et se change en un jaune verdâtre dû au protochlorure de fer formé et à la transformation du sucre en glycose. Les expériences comparatives de MM. Duroy et Cornaz, répétées par M. le professeur Regnault, ont confirmé ce fait d'une manière incontestable. Le glycose est donc le seul produit sucré avec lequel la solution de perchlorure conserve sa couleur; mais ce produit est banni de la pharmacie et il ne saurait faire exception avec avantage pour l'administration de ce persel de fer.

*Tannin.* Quoique les propriétés astringentes et coagulantes du tannin et du perchlorure de fer soient analogues dans certains cas pathologiques, il est indispensable de les employer séparément pour qu'ils produisent chacun son action spéciale sur l'économie, avant d'avoir eu le temps de réagir l'un sur l'autre. Car, il ne faut pas l'oublier, le fer est le meilleur réactif du tannin, dont il décèle la présence en le rendant insoluble. Le quinquina, le cachou, le ratanhia, la grande consoude, le coing, les écorces d'orange amère, le café et un grand nombre d'autres substances toxiques ou astringentes, qui doivent leurs propriétés au tannin qu'elles contiennent, agissent de la même manière sur le perchlorure de fer. Par leur simple contact, il se forme un précipité bleu noirâtre couleur d'encre, encre véritable, plus ou moins foncée, résultant du tannate de fer formé, lequel n'a ni les propriétés de la solution ferrique ni celles du tannin. Est-il nécessaire d'ajouter que l'aspect désagréable des médicaments ainsi préparés est répugnant pour les malades ?

*Ergotine.* L'effet hémostatique de l'ergotine a également donné l'idée de l'associer au perchlorure de fer; mais, outre que leur action organique est toute différente, le mélange de ces deux agents donne lieu à un précipité abondant, à une décomposition instantanée qui neutralise leur action réciproque.

*Opium.* On sait depuis longtemps que le perchlorure de fer est le réactif par excellence des préparations à base d'opium, et qu'il sert à déceler la présence de la plus minime quantité de morphine ou de ses sels. Il suffit de verser une ou deux gouttes de perchlorure de fer dans une solution d'un sel de morphine pour obtenir une coloration bleue d'une grande intensité, coloration qui prouve la transformation de la morphine en un autre produit dépourvu de l'action sédative de l'opium. Cette simple expérience prouve suffisamment qu'il est plutôt nuisible qu'utile de l'associer avec les sirops diacode, de morphine et de codéine, contrairement à ce qu'a dit M. Burin du Buisson.

Au surplus, montrer l'incompatibilité absolue du perchlorure de fer avec l'albumine, la gomme, le sucre, le tannin, etc., n'est-ce pas la démontrer implicitement avec la plupart des substances animales et végétales qui contiennent l'un ou l'autre de ces produits immédiats en quantité variable ? Les énumérer séparément serait donc superflu. Sous quelque forme qu'on l'administre, dès qu'il se rencontre avec l'un de ces produits, la décomposition s'opère et l'effet thérapeutique reste nul. On n'arrive ainsi qu'à fatiguer l'estomac et souvent à faire vomir le malade sans aucun amendement de la ma-

ladie. Des pharmacologistes distingués ont en vain cherché à lui donner la forme sirupeuse; ils n'ont obtenu qu'un produit altéré, malgré leurs précautions de le soustraire à l'action de la lumière en le mettant dans des flacons noirs ou bleus. L'instabilité du perchlorure de fer le change rapidement en protochlorure, comme nous l'avons déjà dit et comme tous les pharmaciens qui ont essayé cette combinaison l'ont reconnu.

Puisque la puissance d'action du perchlorure de fer est due à la combinaison qu'il forme avec certains éléments du sang, il est clair qu'avant de l'administrer on doit éviter de le mettre en contact avec des substances analogues. Si son affinité s'est exercée dans un sirop ou dans une potion, une fois satisfaite, elle ne saurait s'exercer une seconde fois dans les voies digestives.

D'après ce qui précède, il est donc parfaitement démontré que le perchlorure de fer ne peut être soumis à aucune préparation magistrale pour son usage interne. Nous ajouterons qu'il faut encore, pour que le praticien retire de ce précieux médicament tout le fruit de l'action qu'on lui reconnaît, qu'il ait la précaution de se servir de vase en verre ou en porcelaine et jamais de cuillers de fer, d'argent ou d'étain.

Pourquoi chercher autant de complications? Pourquoi avoir poussé aussi loin l'esprit mercantile en donnant toutes ces formes pharmaceutiques au perchlorure de fer, puisque la plus grande simplicité devait présider à son administration? Il suffit, en effet, d'indiquer au malade, auquel on prescrit la solution, le nombre de gouttes qu'il doit mettre lui-même dans un verre d'eau, au fur et à mesure du besoin. Pour plus de sécurité, le médecin peut préparer lui-même cette mixture en versant au moment de sa visite, dans un verre d'eau simple, la quantité de gouttes qu'il juge nécessaire à l'âge et à l'état de son malade. C'est ainsi que MM. les docteurs Aubrun et Courty l'ont administré dans la diphthérite, à la dose de 20 à 40 gouttes par jour. Lorsque la solution est très-diluée, la saveur est peu sensible; un peu de lait froid bu ensuite efface très-bien le goût styptique du médicament.

Toute la difficulté consiste donc à verser rigoureusement le nombre de gouttes fixé, et c'est là, pour le médecin aussi bien que pour les malades, un véritable écueil. Il n'est pas si simple que l'on pense, pour une main inexercée, de laisser tomber d'un flacon le nombre de gouttes voulu, et avec un médicament aussi actif on s'expose ainsi à en perdre beaucoup avant d'arriver juste ou à commettre des erreurs. Soucieux d'apporter toute la précision possible à cet égard,

de répandre et de faciliter la bonne administration d'un remède si précieux, j'ai imaginé un compte-gouttes à l'aide duquel le malade peut remplir lui-même les indications du médecin avec une précision toute pharmacologique. En portant lui-même toujours dans sa poche un de nos flacons muni de ce petit appareil, tout praticien pourra parer instantanément aux accidents les plus redoutables, tels que morsures, piqûres vénéneuses, hémorrhagies par suite de blessures ou d'opérations, épistaxis, hémoptysie, hématémèse, métrorrhagie, etc., pour son usage *intus* et *extra*.

*Emploi du perchlorure de fer à l'extérieur. Son incompatibilité avec les corps gras.* Dans l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur, nous avons suffisamment insisté sur la nécessité de ne le mélanger à aucune substance organique. Pour l'usage externe, la solution officinale pure ou diluée est aussi la forme la plus simple et la meilleure. Incorporée à l'axonge, au cérat ou à tout autre corps gras, sous forme de pommade ou d'onguent et même à la glycérine, le perchlorure de fer se décompose aussitôt et ne donne plus qu'une pommade ferrée et acide privée des précieuses propriétés hémostatiques, excitantes et désinfectantes qui doivent la caractériser.

Sous forme liquide, au contraire, il se répand uniformément et pénètre dans tous les sinus et les anfractuosités des plaies. C'est ainsi qu'on l'a appliqué en lotions avec tant de succès dans les campagnes de Crimée et d'Italie contre la pourriture d'hôpital et l'infection purulente. On l'emploie de même dans les plaies gangréneuses, les ulcères atoniques à surface grisâtre, qu'il modifie aussitôt en leur donnant un meilleur aspect. Il suffit alors de toucher les parties malades avec un pinceau de charpie imbibé de la solution pure, ou d'en appliquer des gâteaux imprégnés de la solution diluée et qu'on laisse à la surface des plaies. On peut l'employer de la même manière dans les affections de la bouche, telles que stomatite ou gingivite scorbutique.

Pour les injections comme pour les lavements, la solution doit être ajoutée à l'eau simple, dans les proportions voulues. Il en est de même pour les lotions cutanées, dans les cas d'érysipèle, d'inflammation capillaire ou de sécrétion morbide.

Chercher à obtenir d'autres préparations, c'est s'exposer à des déceptions, sinon à des accidents, et toute la pharmacologie du perchlorure de fer se réduit véritablement à une bonne solution officinale, toujours stable et chimiquement neutre. Les témoignages autorisés de MM. Aubrun, Burin du Buisson, Bouchardat, Poggiale, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux militaires, et J. Regnault,

directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux civils, prouvent suffisamment que notre procédé est le seul qui puisse donner un produit jouissant de toutes ces qualités, et bien préférable aux solutions du commerce plus ou moins acides et variables dans leur composition.

Les praticiens auront dès maintenant dans la solution de perchlorure de fer, telle que nous l'obtenons, un médicament irréprochable, à l'aide duquel il préviendront son intolérance, les pesanteurs, les douleurs d'estomac, les vomissements mêmes, et à l'extérieur, sur les plaies en particulier, ces douleurs atroces, intolérables, signalées par M. le docteur Salleron dans son beau mémoire sur cet agent, et qui l'ont fait surnommer par nos soldats *perchlorure d'enfer*.

---

**Hydrastis canadensis (racine orange, racine jaune, sceau d'or).**

Cette plante habite les forêts épaisses du Canada et des Etats-Unis : elle est herbacée, vivace. Sa tige, dont la hauteur varie entre 15 et 30 entimètres, est simple, légèrement velue vers son sommet, munie de deux ou trois feuilles alternes, les inférienres pétiolées, les supérieures presque sessiles. Les feuilles sont arrondies, cordiformes, offrant à leur base de trois à sept lobes, et quand elles ont acquis tout leur développement, elles mesurent en largeur de 4 à 9 pouces. La fleur, qui s'épanouit en avril et mai, est solitaire, terminale, d'un blanc verdâtre, et dépourvue de calice ; la corolle, qui est caduque, est composée de trois pétales égaux, ouverts, ovales, arrondis. Les étamines sont très-nombreuses, plus courtes que la corolle, portant des anthères ovales, obtuses, comprimées ; les ovaires sont nombreux, rassemblés en tête ; le fruit est une baie, de couleur rouge cramoisi, ressemblant à une mûre. La racine est grosse, noueuse, et de couleur jaune foncé, d'où les noms divers qui ont été donnés à la plante elle-même. Fraîche, elle a une saveur très-amère et une odeur narcotique très-prononcée.

L'hydrastis canadensis appartient à la famille des renonculacées. On connaît peu de choses sur son histoire : on sait seulement que, dans ces derniers temps, les Indiens l'ont utilisé comme matière tinctoriale, et qu'il donne de belles teintes jaunes à la soie, à la laine et aux tissus de toile.

On a cherché quelles pouvaient être les propriétés thérapeutiques de la racine d'hydrastis, et c'est à ce point de vue que nous devons maintenant l'envisager. Cette racine a été analysée, et la chimie y a

découvert de la gomme, de l'albumine, de l'amidon, de l'acide gallique, du sucre, des sels solubles et insolubles, et une substance cristalline à laquelle on a donné le nom d'*hydrastine*.

D'après M. Parrish, l'hydrastine se reconnaîtrait aux caractères suivants : cristaux jaunes brillants, insolubles dans l'eau, peu solubles dans l'alcool froid et dans l'éther, solubles dans le chloroforme et l'alcool bouillant, fusibles dans l'essence de térébenthine chaude. L'hydrastine est alcaline au tournesol ; elle se colore en rouge foncé sous l'influence de l'acide nitrique, en rouge pourpre en présence de l'acide sulfurique concentré et chaud, et elle se dissout dans l'acide chlorhydrique.

Pour l'obtenir, on dissout dans l'eau l'extrait aqueux d'hydrastis canadensis, et on ajoute de la magnésie. Un précipité se produit : on le traite par l'alcool bouillant, on filtre, et on évapore doucement pour obtenir les cristaux jaunes d'hydrastine. Cependant, MM. les docteurs Mahla, de Chicago, et Bentley pensent que le corps ainsi préparé n'est autre chose que de la bébéerine impure, dont les réactions chimiques sont, pour la plupart, précisément celles que je viens d'indiquer. Le docteur Bentley, surtout, émet le vœu que la racine d'hydrastis canadensis soit de nouveau analysée, et il croit pouvoir affirmer qu'entre autres principes, on y trouvera la bébéerine. Or, c'est là un fait assurément très-intéressant, car cet alcali organique, qui jouit de propriétés fébrifuges incontestables, n'avait jamais été découvert dans les plantes de la famille des renonculacées ; il n'avait été extrait jusqu'aujourd'hui que de l'écorce d'un arbre de la famille des laurinées, qui croît dans la Guyane anglaise, et qui est connu dans le pays sous le nom de *bébéeru*.

Quoi qu'il en soit, que l'hydrastis canadensis doive ses propriétés médicinales à l'*hydrastine* ou à la *bébéerine*, ou à ces deux agents réunis, il est certain qu'il est très-vanté comme tonique. C'est particulièrement dans certaines formes de dyspepsie, dans les affections de la peau qui se lient à la scrofule, dans les engorgements du système ganglionnaire, qu'on recommande en Amérique l'emploi de l'hydrastis, et c'est sous la forme de décoction, de teinture ou d'extrait qu'on l'administre habituellement.

---

**Moyen de reconnaître la falsification de la glycérine par le sirop de sucre.**

Le goût sucré de la glycérine pure et son état constamment liquide en rendent la falsification par le sirop de sucre très-facile et difficile à reconnaître par des caractères essentiellement physiques.

Pour reconnaître le sucre de canne dans la glycérine, M. Palm y ajoute 2 gouttes d'acide sulfurique concentré et chauffe au bain-marie pour chasser l'eau ; si la coloration noire se manifeste, la présence du sucre de canne, dit-il, est prouvée. La glycérine, ni le sucre de raisin ne se noircissent de cette manière.

Pour connaître ce dernier, on ajoute à la glycérine un tiers de son volume de lessive de potasse et on chauffe jusqu'à l'ébullition ; la coloration brune du mélange qui se manifeste prouve la présence du sucre de raisin.

Ni la glycérine, ni le sucre de canne, ne se colorent en brun par l'ébullition avec la potasse caustique.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Traitement brusque et obligé de plusieurs rétrécissements de l'urètre compliqués d'une fistule urétro-rectale. — Guérison.

Un capitaine au long cours, âgé de quarante-cinq ans, de grande stature, maigre, nerveux, très-impressionnable, mais vigoureux et jeune d'imagination, vint me consulter, il y a quatre ans, pour des difficultés d'uriner dont plusieurs chirurgiens n'avaient pu le débarrasser, bien qu'il se fût adressé à de très-habiles, me dit-il. — Ce que cet officier de marine me raconta de son passé, de son état actuel, et ce que je vis de mes propres yeux, tout cela me donna la mesure approximative du mal dont il était porteur.

Des explorations faites en présence du docteur Boussiron, qui m'avait adressé ce malade, me firent découvrir d'abord des traces de fistules urinaires sur le scrotum, au périnée ; puis, dans l'urètre, des coarctations fibreuses, s'étendant d'une manière à peu près continue depuis la fosse naviculaire jusque vers le milieu de la portion membraneuse.

Le peu de temps dont le capitaine pouvait disposer me fit craindre de ne pas pouvoir terminer son traitement à bref délai, tant je prévoyais de difficultés à vaincre pour arriver dans la vessie avec des instruments d'un calibre ordinaire. J'avais d'ailleurs à redouter, en d'aussi difficiles conjonctures, la constitution éminemment nerveuse du malade, son impressionnabilité, des accès de fièvre, une rétention d'urine et peut-être pis, ainsi que cela est malheureusement arrivé à un certain nombre de malades traités par d'habiles chirurgiens, et à deux de mes clients dans l'espace de vingt ans,

notamment à un colonel du génie qui souffrait depuis longtemps de la vessie et de son col, colonel chez lequel une exploration de la portion membraneuse de l'urètre, faite sans brusquerie et avec les plus minutieuses précautions en présence du docteur Rollet, de Bordeaux, occasionna une fièvre pernicieuse qui n'offrit qu'un concours de symptômes graves sans prédominance marquée d'aucun d'eux. Ce fut ainsi que la physionomie de ce malheureux officier supérieur fut profondément altérée dès le début; qu'il tomba dans un abattement et une faiblesse extraordinaires; que ses idées se troublèrent; que sa langue se sécha, noircit; que son pouls devint petit, facile à déprimer, tremblotant et irrégulier. — Tout ce que mon honorable confrère et moi pûmes faire à l'endroit d'un traitement antipériodique et révulsif fut inutile, car le malade succomba quarante-huit heures après le début de sa fièvre, et cinquante-deux heures après l'exploration de l'urètre.

Quoi qu'il en fût de ces accidents possibles, et tout au moins formidables quand ils ne sont pas mortels, je suivis le plan que je m'étais tracé, et résolus d'entreprendre le traitement brusque, le traitement *obligé* du capitaine, sauf à tout laisser, à demeurer les bras croisés si j'étais empêché par quelque accident grave. Il fallait cependant, ou aller très-vite, ou renoncer à tout traitement, puisque mon client ne pouvait demeurer à Bordeaux qu'un très-petit nombre de jours, afin de ne pas compromettre les intérêts considérables d'un armateur pour lequel il commandait un navire de 1,500 tonneaux. Or, se presser en pareille circonstance, c'était beaucoup donner au hasard, c'était surtout exposer le malade à beaucoup de mécomptes et de dangers.

Néanmoins, encouragé, mais surtout vivement pressé d'agir par le capitaine lui-même, qu'une impatience fébrile empêchait de prendre en considération la lenteur et la prudence que je lui avais proposées pour son traitement, malgré cela, dis-je, je pénétrai facilement au delà du premier rétrécissement avec une algalie de fort calibre. Successivement, et en continuant la même manœuvre, je traversai toutes les strictures et arrivai dans la vessie en dix jours, mais non sans avoir rencontré d'immenses difficultés, non sans avoir occasionné de violentes douleurs, beaucoup d'irritation et de la fièvre.

Dès le septième jour, et alors que j'étais parvenu au niveau de la portion membraneuse de l'urètre, je sentis que le bec de ma sonde déviait, s'engageait dans une mauvaise voie, dans une fausse route, dans l'intervalle cellulaire qui sépare la portion membraneuse de

l'urètre du rectum, et que j'arrivais avec la plus grande facilité, non pas dans la vessie, mais dans le rectum, en suivant le trajet encore libre d'une fistule *urétro-rectale*, qui était évidemment la conséquence de quelque fausse manœuvre faite au niveau du triangle recto-urétral, après avoir traversé des rétrécissements dont j'ai signalé la résistance et la dureté tout à fait exceptionnelles. Cette fistule, non soupçonnée d'abord par le capitaine, du moins je le suppose, s'était dévoilée par des émissions d'urine ayant lieu par le rectum.

A l'aide du toucher pratiqué par le rectum, et sans avoir besoin d'un spéculum ani, de cet instrument toujours si utile et si souvent indispensable pour les explorations rectales, je découvris sur la paroi antérieure, c'est-à-dire sur la convexité de la dernière courbure du rectum, immédiatement au-dessus des sphincters, à environ 3 centimètres de l'anus et en arrière, des inégalités saillantes et dures qui environnaient l'orifice intestinal de la fistule.

Mais avoir traversé de vive force et très-imprudemment, je le confesse, ce chapelet de rétrécissements fibreux, et être arrivé dans la vessie sans encombre, n'était qu'une partie des laborieuses manœuvres que j'avais entreprises, car il me restait encore à tenir dilatés les points coarctés que j'avais franchis ; il fallait surtout que j'incisasse tous les tissus indurés, afin qu'une compression ultérieure de longue durée et à peu près incessante en provoquât la résolution et l'atrophie.

On comprendra du reste, sans doute, que je ne devais pas songer à la cautérisation pour remédier à d'aussi graves désordres.

Quatre applications d'un urétrotome à trois lames, très-ingénieusement construit, suffirent pour inciser profondément et en tous sens les rétrécissements, pour faire la voie libre, et pour me permettre de pénétrer facilement dans la vessie.

Bien que tout eût marché au gré de mes désirs, le malade ne put cependant uriner librement que quatre mois après le traitement dont je viens d'indiquer les phases à grands traits, et cela parce qu'il existait une sorte de contracture spasmodique du col vésical, qui avait probablement été occasionnée et entretenue par le continuel exercice du malade, quoi que j'eusse fait pour l'en empêcher; par les manœuvres douloureuses, irritantes et quotidiennes auxquelles force m'avait été de le soumettre, et par les préoccupations morales dont il était obsédé, par sa maladie d'abord, puis par la négligence obligée des intérêts considérables qu'il avait à sauvegarder.

Le repos; la dilatation souvent répétée de l'urètre jusque par delà le col vésical; le soin de vider artificiellement la vessie toutes les quatre heures; l'usage à peu près permanent de morceaux de glace sans aspérités dans le rectum, d'ablutions froides et rapides faites sur le périnée, celui de boissons tempérantes et d'un régime doux, modifièrent très-heureusement la contracture spasmodique du col de la vessie, qui disparaît deux mois après pour ne plus se reproduire.

Des affaires d'armement ayant ramené le capitaine à Bordeaux, le docteur Boussiron et moi constatâmes, en septembre 1861, — c'est-à-dire deux ans et demi après le traitement, — la guérison de la fistule *urétro-rectale*, le retour à l'état normal des voies urinaires, et celui d'une santé générale parfaite.

J.-J. Cazenave,
Correspondant de l'Académie de médecine à Bordeaux.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Histoire naturelle de la syphilis, leçons professées à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris en mars* 1863, par M. le docteur P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon.*

A entendre les platoniciens, ou plutôt les métaphysiciens mod ernes dela médecine, il semblerait que le rôle de l'observation, de l'analyse soit fini, et qu'il n'y a plus qu'à appliquer aux faits laborieusement accumulés la logique de l'esprit, pour en faire sortir la science. Nous aussi, nous sommes convaincu que toute la science, tout l'art même n'est pas dans l'observation, et que dans l'élaboration de la médecine, comme des autres sciences, il y a une part à faire aux données de l'intelligence; mais plus nous observons, plus nous saisissons entre les choses les nuances qui les distinguent, et plus nous nous convainquons que le rôle de l'analyse est loin, bien loin d'être fini. Ces réflexions nous sont suggérées par les simples questions que l'éminent syphiliographe de Lyon, M. Diday, agite dans le livre dont nous allons parler, et qui est la reproduction des leçons qu'il est venu donner naguère à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Il semblerait que l'étude de la syphilis, maladie si nettement circonscrite dans son objet, et si simple à suivre dans la filiation des phénomènes par lesquels elle se traduit à l'observation, il semblerait, dis-je, que cette étude eût dû conduire rapidement à un en-

semble de notions précises que, dans une foule d'autres maladies plus voilées, l'esprit ne saurait atteindre qu'après de plus laborieux efforts, parce qu'elles se subordonnent, dans leur évolution successive, à des données qui ressortissent à d'autres sciences ; il est loin cependant d'en avoir été ainsi. On a dû tout d'abord distinguer de la syphilis les simples maladies vénériennes qui n'ont de rapport avec elle que le siége qu'elles peuvent occuper, et le caractère contagieux que quelques-unes d'entre elles présentent. Cette simple et radicale distinction, il a fallu arriver jusqu'à M. Ricord, dont ce sera la plus grande gloire, pour la voir établie d'une manière irrévocable dans la science ou dans l'art qui l'applique. Cette donnée expérimentale une fois nettement posée, l'analyse n'avait-elle plus rien à faire dans cette direction ? on l'a cru longtemps : ce n'était pourtant là encore qu'une vue incomplète de la vérité. Le véritable virus syphilitique, celui qui peut contaminer l'organisme pendant toute la vie, qui, latent dans l'organisme du père et de la mère, peut marquer de son fatal cachet le fœtus en voie d'évolution utérine, ce véritable virus syphilitique a-t-il plusieurs modes de manifestation topique primitive, ou n'en a-t-il qu'une ? Telle est la grande question à l'ordre du jour, et que les faits, à mesure qu'ils se multiplient et sont plus finement observés, tendent à résoudre dans le sens de la dualité des virus. Dans cette conception nouvelle de la syphilis, le seul chancre qui se lie réellement à l'intoxication syphylitique, et la traduise primitivement, c'est le chancre induré, à incubation plus ou moins prolongée, et irréinoculable au sujet qui le porte, comme à tout individu atteint de syphilis constitutionnelle; tout chancre qui ne présente point ces caractères, qui naît sans incubation à la suite d'un coït impur, indéfiniment réinoculable, le chancre mou, simple, chancrelle, chancre local, non infectant, infiniment plus fréquent que le premier, ce chancre-là, pour répéter l'expression propre de M. le docteur A. Martin, dans un mémoire fort bien fait sur cette question [1] est un accident purement local, *il n'a aucun rapport avec la syphilis*. Cette donnée nouvelle que les recherches les plus récentes de MM. Bassereau, Clerc, Rollet surtout ont introduite dans la science, épuise-t-elle enfin toute la puissance de l'analyse dans cet ordre d'observations ? Non ; et M. Diday, s'appuyant sur une expérience qui remonte déjà à un assez long temps, s'efforce aujourd'hui de démontrer sous la rubrique d'*histoire naturelle de la syphilis*, que cette maladie, dans

---

[1] *De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle*, p. 83.

certaines conditions qu'il essaye de déterminer, peut guérir spontanément, sans qu'il soit besoin de soumettre l'organisme qui en a été touché à l'action toujours heureusement modificatrice, mais toujours quelque peu hostile à la vie, du spécifique par excellence, des sels mercuriels.

Qu'on ne suppose pas que M. Diday, en venant soutenir à la barbe de la faculté de médecine de Paris cette thèse, si peu en harmonie avec l'enseignement officiel et même officieux de la capitale, maintienne l'unité du virus syphilitique telle qu'on l'enseignait naguère à l'hôpital du Midi et presque partout, en dehors de la parenthèse du physiologisme; le médecin de Lyon admet carrément, et sans les ambages que lui suppose gratuitement le médecin dont nous parlions tout à l'heure, M. le docteur Martin, la dualité des virus. Quand donc il cherche à établir que la syphilis peut guérir par le seul bénéfice du jeu spontané de la vie, il entend très-nettement parler de l'intoxication syphilitique, et non du chancre mou sans incubation, indéfiniment réinoculable qui n'est point elle. Et la raison de cette guérison spontanée possible de la syphilis, c'est qu'elle peut être forte ou faible, que dans le premier cas d'ordinaire l'organisme est impuissant à s'en affranchir par le fait de la réaction de la vie, et que dans le second cela est possible, à la condition que rien, du côté de l'hygiène physique et morale, ne vienne entraver cette heureuse réaction. *A priori*, on ne voit pas en effet l'argument qu'on peut opposer à cette conception, il y a nécessairement ici des degrés comme en toute chose, et du côté du poison qui, identique en nature, peut ne l'être pas toujours en force, et du côté de l'organisme vivant qui peut réagir plus ou moins efficacement contre le délétère qui accidentellement vient à le toucher. Esprit fin, sagace, fécond en ressources, M. Diday s'applique à saisir, dans les faits, et à exprimer dans ce style ferme, coloré que tout le monde lui connaît, les nuances qui justifient, commandent au point de vue de l'art la distinction fondamentale qu'il cherche à établir, et qui doit se trouver là comme elle est partout. Nous ne saurions, sans dépasser les limites où force nous est de nous renfermer ici, suivre l'auteur dans cette analyse profonde des causes intrinsèques ou extrinsèques, directes ou collatérales qui peuvent ainsi faire varier le degré d'intoxication syphilitique. Qu'on nous permette seulement de citer un court passage de l'auteur lui-même, pour montrer sa manière vive et toujours originale en ces matières difficiles... « Oh! sans doute, quand il s'agit de maladies simplement contagieuses, non virulentes, la

cause produit toujours un effet adéquat à elle-même, rien de plus, rien de moins. La chancrelle propage une chancrelle ; la blennorrhagie une blennorrhagie ; l'acarus en sautant d'un individu à l'autre, retombe toujours sur les pattes, tel à l'arrivée qu'il était au départ. Mais avec les virus, en matière de syphilis, tout change ; ni les lois d'évolution, ni les phénomènes qui décèlent l'empire de ces lois, ne ressemblent à la marche des simples contagions à effet purement local. Dès que la lésion première apparaît, on peut dire que l'intoxication générale est commencée : car cette lésion a eu un temps d'incubation ; elle est irréinoculable, elle est inabortible. Nous en faut-il davantage pour admettre que le virus a déjà un pied dans l'organisme ?... Or, ce virus peut-il avoir influencé la constitution, sans que la constitution réciproquement l'ait influencé lui-même ? et cela étant, n'est-il pas naturel que la lésion primitive, la seule qui existe à ce moment, accuse par ses différences le degré variable de cette action exercée par la constitution du sujet infecté ? Par sa forme, la lésion primitive dénote donc bien plus le degré de force de la syphilis dont elle marque le début, que le degré de force virulente de la lésion du contact de laquelle il procède. » Cette appréciation de la force de virus syphilitique dans un sujet donné, l'auteur la demande à bien d'autres signes que celui dont il s'agit en ce moment ; mais il faut lire, méditer dans le livre même du savant, du sagace observateur les enseignements lumineux qu'il sait tirer des faits.

Maintenant, lorsqu'on est parvenu à établir sur une somme de probabilités suffisante pour commander les prescriptions de l'art le degré de la syphilis, dont l'organisme peut s'affranchir sans l'aide des préparations mercurielles, est-ce que le médecin va, spectateur aux bras croisés, assister inactif à l'évolution de la maladie ? Le médecin de Lyon est loin, bien loin de le penser. Que la syphilis soit forte ou faible, il est d'abord rare qu'elle ne détermine pas à un degré plus ou moins marqué l'altération du sang caractérisée en zoochimie par la diminution des globules, cette expression matérielle la plus reculée, dans l'état de science, de force immanente dans l'organisme vivant. Or, c'est là un fait d'une portée immense, au point de vue de la thérapeutique dans l'histoire de l'évolution de la syphilis. Cette chlorose syphilitique que M. Ricord avait parfaitement saisie, et qui se traduit par un ensemble de symptômes qui rappellent le même état morbide général survenant si souvent dans une foule de maladies différentes, il faut tout d'abord le combattre par les moyens appropriés à sa nature. Ainsi simplifiée, et dégagée de

l'état général qui l'entrave dans son évolution, la syphilis se montre dans la véritable mesure de sa force réelle, et la question de son degré, comme de la thérapeutique qu'elle appelle, peut être résolue. Quand l'ensemble du phénomène attentivement étudié permet de résoudre cette question dans le sens de la guérison spontanée, c'est alors surtout que le médecin, véritable interprète, et véritable ministre de la nature, peut lui venir en aide, et arrive ainsi à des résultats qui, comme science, la grandissent infiniment plus que cette thérapeutique de *confection*, dont les formules toutes préparées d'avance s'appliquent indistinctement à tous les cas. Pour moi, je ne sais pas de médecin qui, à mon sens, entende mieux cette médecine-là que l'ancien médecin de l'Antiquaille. Telle est, dans mon humble opinion, la supériorité de cet enseignement, que je voudrais qu'il parvînt à tous par la voie des admirables leçons dont le livre dont nous parlons en ce moment est l'éloquente et correcte expression.

Bien d'autres questions que celles que nous venons d'effleurer sont agitées dans ce livre. Que toutes y soient résolues comme nous voudrions qu'elles le fussent, c'est-à-dire avec les développements qui en assurent le triomphe dans l'esprit d'un critique sévère, nous ne le saurions dire. Nous espérons bien que M. Diday, qui a si profondément scruté la question de la syphilis, dotera quelque jour la science d'un traité de cette maladie puissamment élaboré, et dans lequel il épanchera les trésors lentement amassés d'une expérience sagement méditée. L'indépendance que le savant syphiliatre de Lyon montre dans ce livre, comme dans ceux qui l'ont précédé, vis-à-vis de l'école du Midi qu'il reconnaît toujours, nonobstant quelques dissidences, comme son *alma parens*, nous sont à l'avance une garantie de l'importance de l'ouvrage que nous osons appeler de nos vœux. Quand M. V... aura lu les leçons sur l'*Histoire de la syphilis*, il devra raccorder sa harpe inspirée pour ajouter quelques stances à son *Super flumina Babylonis;* mais barde désormais incompris, il ne convaincra personne, pas même son illustre maître, M. Ricord, qui est réellement trop grand, et restera trop grand dans l'histoire de la science et de l'art pour qu'il songe jamais à se hisser sur les échasses d'une gloire apocryphe : un homme de la valeur de l'ancien médecin de l'hôpital du Midi ne saurait avoir besoin de ces béquilles.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Rétrécissement de la trachée-artère. — Trachéotomie. — Nouvelle canule dilatatrice. — Guérison. — Parmi les obstacles passagers ou permanents à la respiration qui nécessitent la trachéotomie, ceux qui siégent dans le larynx sont sans contredit les plus fréquents ; aussi, est-ce particulièrement en vue de ce siége et des indications qu'il fournit, que l'opération a été pour ainsi dire réglée dans son but et dans ses besoins. Il en résulte que très-riche de ce côté, trop riche peut-être, l'art se trouve fort au dépourvu lorsque vient à se produire une indication quelque peu exceptionnelle. Que faire, par exemple, dans le cas qui n'est pas très-rare, de rétrécissement de la trachée-artère située vers la partie inférieure de ce conduit ? La trachéotomie, avec les moyens ordinaires dont elle dispose, ne peut, en quoi que ce soit, remédier à un tel obstacle : on a vu des malades mourir, en pareille circonstance, faute d'un instrument convenable pour dilater la trachée.

C'est évidemment vers une modification de la canule que devait porter l'attention, en vue de semblables éventualités, et il y a lieu de s'étonner assurément que l'esprit des chirurgiens n'ait pas été davantage et plus tôt saisi de cette préoccupation. Ce désidératum vient enfin, et fort heureusement, d'être comblé, ainsi qu'en témoigne le fait suivant communiqué par M. Demarquay à la Société de chirurgie :

*Obs.* Le 16 août dernier, entrait à la Maison municipale de santé un jeune homme de vingt-huit ans. Il éprouvait une gêne extrême de la respiration qui remontait au mois de novembre 1862. A cette époque, il contracta une laryngite et une trachéite qui passèrent à l'état chronique et amenèrent une difficulté progressive de la respiration. Au moment de son entrée dans le service de M. Demarquay on constate les phénomènes suivants :

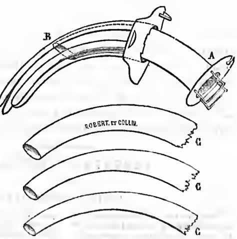
La voix est très-voilée, la respiration très-bruyante. Le malade ne peut se mouvoir sans être pris d'orthopnée. En examinant le cou, on remarque que le larynx semble plus rapproché du sternum qu'il ne doit l'être ; que la trachée-artère est, en apparence, plus volumineuse que normalement, et comme confondue avec les parties voisines. Pendant les efforts de déglutition, le larynx est immobile, phénomène important à noter, et que M. Demarquay a déjà signalé dans un autre cas de rétrécissement de la trachée, communiqué à la Société de chirurgie. De plus, le malade peut à peine avaler, ce

qui explique l'amaigrissement considérable et la déperdition des forces dont il est atteint.

L'examen laryngoscopique a montré les altérations propres à l'inflammation chronique de la membrane muqueuse laryngée, et de plus les cordes vocales inférieures blanches, un peu mates, animées de mouvements très-peu étendus, c'est-à-dire que dans les plus grands efforts de phonation, elles se rapprochent à peine l'une de l'autre. Cet état du larynx ne suffisait pas à expliquer une gêne aussi grande de la respiration : celle-ci avait son point départ plus loin ; c'est ce que l'observation ultérieure a prouvé.

La trachéotomie était la seule chose à tenter dans ce cas ; mais la crainte d'un insuccès et surtout celle de tomber sur un rétrécissement de la trachée, que l'on ne pourrait vaincre, faisait remettre, de jour en jour, l'opération. Cependant, un matin, le malade fut trouvé dans un état tel, qu'il fallut se décider. M. Demarquay pratiqua la trachéotomie, aidé de MM. Monod et Cazalis et des internes du service.

A peine eût-il ouvert la trachée, qu'il reconnut un rétrécissement de ce conduit au-dessous du sternum. Ce rétrécissement était tel qu'il ne se laissait pas traverser par une grosse sonde d'homme. La forme était celle d'un entonnoir, dont la partie rétrécie était en bas ; il ne se laissait franchir par aucune canule et l'asphyxie était imminente. La crainte de l'hémorrhagie et de l'emphysème arrêtèrent le chirurgien dans la réalisation de l'idée qu'il eut un instant de faire un débridement multiple sur la partie rétrécie. Il essaya alors avec son petit doigt de forcer le rétrécissement, en déployant une force considérable ; il éprouva la sensation d'une résistance vaincue, et le petit doigt pénétra dans le rétrécissement. On put alors introduire une petite canule et attendre vingt-quatre heures, au bout desquelles



MM. Mathieu et Robert, présents à l'opération, voulurent bien faire chacun une canule sur des indications données. M. Demarquay avait demandé à M. Robert une canule longue, pouvant atteindre la limite de la partie rétrécie, et formée de quatre valves susceptibles de se rapprocher, afin de franchir le rétrécissement, et de recevoir ensuite une série de canules graduées et dilatatrices.

Grâce à cette canule, on a pu le lendemain franchir le rétrécissement sans craindre de dilacérer la muqueuse, et dilater successivement la trachée-artère rétrécie.

Aujourd'hui, le malade guéri porte une longue canule faite par M. Luer, avec laquelle il parle assez bien, à l'aide d'un mécanisme très-simple qui remplace très-avantageusement toutes les formes de clapets possibles ([1]).

Le but que l'on devait se proposer d'atteindre en cette circonstance a donc été réalisé : un plein succès a couronné la tentative de l'habile chirurgien. Nul doute que la canule dilatatrice ne trouve d'autres applications heureuses, en dehors même des conditions où elle est spécialement indiquée. Nous croyons savoir et nous devons dire ici que le principe de la modification qui constitue essentiellement cette canule, c'est-à-dire l'idée des valves élastiques et dépressibles avait été déjà suggérée à M. Robert lui-même, par un interne de l'hôpital des Enfants, M. Laborde, dans le but de dilater extemporanément et de franchir la plaie externe, lorsqu'à la suite de la trachéotomie, dans le cas de croup, un accès de suffocation subite nécessite la réintroduction de la canule, que l'on avait cru pouvoir enlever. On sait, en effet, que dans ces conditions, la plaie extérieure est le siége d'une rétraction cicatricielle rapide, qui oblige souvent à un débridement consécutif et presque à une nouvelle opération. Du reste, M. Laborde croit être parvenu à remédier à ces inconvénients quelquefois très-graves, à l'aide d'une modification d'une autre nature, que nous ferons prochainement connaître.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

### REVUE DES JOURNAUX.

**Diagnostic différentiel de la méningite vermineuse et de la méningite tuberculeuse.** Dans un mémoire intéressant lu à la Société de médecine de Besançon, M. le docteur Lebon désigne par ce nom de *méningite vermineuse* cet ensemble d'accidents cérébraux auquel donne quelquefois lieu la présence de vers, le plus souvent d'ascarides lom-

([1]) Cette canule a été décrite par M. Bouvier, dans le remarquable travail que nous avons publié.

bricoïdes, dans le canal gastro-intestinal, et qui peuvent être assez graves pour entraîner la mort. C'est une expression qui a peut-être l'avantage de frapper l'attention, mais à laquelle il manque celui, bien essentiel pourtant, d'être juste ; car, dans les cas de ce genre, il y a l'apparence phénoménale, mais non les lésions de l'inflammation tuberculeuse ou non des méninges ; ou bien, si, dans certains cas, il y avait simultanément (ce qui est possible), avec les vers intestinaux, les altérations anatomiques d'une affection cérébrale, il resterait à prouver, pour justifier le nom, que la présence de ces entozoaires a été au moins l'agent provocateur de cette affection. Il nous paraîtrait donc préférable d'ajouter à la composition du mot en question un élément qui lui donne sa valeur véritable, et d'appeler ces accidents *pseudo-méningite* avec les observateurs les plus autorisés, tels que Barrier, Rilliet et Barthez.

Quoi qu'il en soit, M. le docteur Lebon a été témoin de plusieurs cas, terminés les uns par la guérison, les autres par la mort, dans lesquels il ne paraît pas contestable que les vers ne fussent, en effet, la cause du mal, alors que tous les symptômes concouraient à faire croire à une méningite tuberculeuse. Les faits de ce genre, paraît-il, ne sont pas très-rares dans la ville où observe notre confrère, puisque, en huit ans, il a pu rencontrer « 35 méningites, dont 29 lui ont paru tenir à la présence des vers ; toutes, sauf une (c'est-à-dire 28) ont guéri ; dans les 6 autres cas, 3 malades ont rendu des lombrics sans pour cela voir s'améliorer leur position... »

Il y avait donc intérêt à établir les éléments du diagnostic différentiel entre deux maladies si différentes par leur pronostic et la prise qu'elles laissent à l'action médicale. C'est ce que notre confrère a fait, autant que possible dans une question où rien ne saurait suppléer à l'esprit d'observation et au tact du médecin, et qu'il a résumé lui-même ce diagnostic de la manière suivante :

« L'absence de vomissements, de cris encéphaliques, un état de santé parfait en apparence dans l'intervalle des crises, l'absence de l'amaigrissement, de coma et surtout de strabisme, coïncidant avec une contraction ou une dilatation de la pupille, une coloration bleue de la sclérotique, me font diagnostiquer une méningite vermineuse d'une méningite granuleuse. Cette opinion ne laisse plus de doute dans mon esprit, lorsqu'une dose de calomel fait disparaître les accidents, et que cette disparition coïncide avec l'expulsion des vers. » Il est clair que, s'il exerce dans une localité où l'helminthiase soit endémique, ce sera un motif pour le praticien de poser la question. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon, n° 12, An.* 1862.)

---

**Emploi du brome dans la pourriture d'hôpital.** Les chirurgiens de l'armée fédérale disent avoir retiré de grands avantages de l'emploi du brome dans le traitement de la pourriture d'hôpital, grave complication qui paraît ne s'être que trop souvent manifestée chez leurs blessés. Les docteurs Stanford et Weeks ont, à peu de distance l'un de l'autre, publié les résultats de leur expérience sur ce point de thérapeutique. Tous deux sont d'accord pour préférer le brome pur à la forme de solution ; tous deux appliquent le remède d'une manière semblable.

Après avoir détaché avec des ciseaux ou un bistouri toute la masse pulpeuse, toutes les escarres, tous les débris de la surface de la plaie, sans offenser les tissus sains, on fait des lotions d'eau tiède, puis on sèche avec une éponge. On cherche ensuite avec une spatule mousse s'il reste quelque portion de tissu mortifié qui soit encore adhérente, et qu'on puisse enlever aussi sans trop léser les parties saines adjacentes. Après avoir lotionné et séché de nouveau, on applique le brome pur sur toute l'étendue des surfaces malades, en prenant grand soin de ne laisser intact aucun point gangréneux. Dans ce but, et afin d'éviter toute chance d'erreur, on se sert d'une baguette de verre à bout arrondi, au moyen de laquelle on peut porter le brome dans toutes les parties déprimées ou anfractueuses de la plaie. Si ces préceptes sont bien suivis, rarement il est nécessaire d'avoir recours à une nouvelle application. En tout cas, s'il y a lieu d'en faire une seconde, ce n'est qu'au bout de trois ou quatre jours, et la nécessité en est indiquée par l'odeur spéciale, qui manque dans le cas opposé. On ne touche alors avec le médicament que les points malades. Après l'application du brome, on recouvre la plaie d'un cataplasme avec le quinquina, ou bien, si le chirurgien le trouve préférable, on la panse simplement avec du cérat et un plumasseau de

charpie. — Dans les cas de plaies languissantes, où le développement des bourgeons charnus manque d'énergie, M. Weeks dit s'être bien trouvé de panser matin et soir avec une solution de brome affaiblie, soit quarante gouttes de la solution composée pour une once d'eau distillée. (*Amer. med. Times*, juill. et août 1863.)

**Nouveau cas témoignant de l'efficacité du renversement du corps pour la réduction de la hernie étranglée.** Une des tendances de la chirurgie moderne, et dont il faut la louer, c'est de chercher à rendre de moins en moins nécessaire le recours aux opérations sanglantes. Ainsi, le traitement des anévrysmes par la compression ; ainsi encore, les divers moyens, soit anciens et rappelés de l'oubli, soit nouveaux, de réduire les hernies étranglées, tels que le café, la belladone, le froid, etc., et tout récemment la compression élastique par les bandes de caoutchouc. Parmi ces moyens, et au nombre des plus anciennement connus, figure la suspension ou renversement du corps la tête en bas, ce que les Anglais appellent *inversion ;* ce procédé, qui sous la forme de suspension accompagnée de secousses avait quelque chose de barbare, mais qui peut être employé d'une façon plus douce et plus méthodique, a donné dans ces dernières années plusieurs succès, dont nous avons fait connaître quelques cas, entre les mains de MM. Jessop, Power, Bowman. En voici un nouvel exemple, dû à M. Griffith, de Wrexham.

Il s'agit d'une fermière, âgée de soixante-douze ans, femme petite et maigre, atteinte de hernie crurale du côté droit, laquelle n'avait jamais été maintenue par un bandage et restait ordinairement non réduite. Le 1er juin dernier, cette hernie s'étrangle : vomissements, constipation ; le lendemain, tentatives de réduction par le docteur Dixon, restées complétement inutiles. Le 3 au soir, M. Griffith, appelé, trouve la malade avec le cortége de symptômes graves, généraux et locaux, qui accompagnent l'étranglement herniaire, et ayant échoué également dans de nouvelles tentatives de taxis, il se résout à l'opération, qui paraissait le seul moyen de sauver la malade. Cependant, avant d'y procéder, il voulut essayer du renversement du corps. La patiente fut donc placée dans la position verticale, les pieds en haut, la tête reposant sur le plancher. Un nouveau taxis pratiqué alors avec soin ne produisit aucun effet sensible. On se préparait à opérer, lorsque la malade déclara que la tumeur paraissait plus molle, et l'examen ayant permis de reconnaître la vérité du fait, on essaya de nouveau de l'*inversion*. Dans cette posture, la cuisse étant fléchie, le taxis produisit une réduction partielle de la hernie, bientôt suivie d'une réduction complète. Les vomissements cessèrent, ainsi que les douleurs ; on administra le calomel, qui amena des garde-robes; et la malade rentra rapidement dans ses conditions ordinaires de santé. (*British med. Journ.*, août 1863.)

**Cure de l'hydrocèle par l'électricité.** Nous avons publié, il y a quelques années (t. LVI), un mémoire de M. le docteur Schuser sur le traitement de l'hydrocèle par l'électropuncture, dans lequel sont exposés et la méthode suivie et les résultats obtenus par ce médecin. A ces résultats, aux faits connus de M. Rodolphi, de M. Burdel, que nous avons également fait connaître, à ceux de M. Pétrequin, à d'autres encore sans doute qui nous échappent en ce moment, nous pouvons en ajouter de nouveaux, dus à M. le docteur Macario. Toutes les fois qu'il devient possible d'éviter une opération chirurgicale, il faut autant qu'on peut vulgariser le fait; car, d'une part, rendre inutile une opération, c'est éviter les dangers qui sont toujours possibles à la suite, et l'on connaît ceux qui accompagnent les divers procédés d'opérer l'hydrocèle ; d'autre part, c'est mettre des moyens de traitement à la portée d'un plus grand nombre de praticiens, c'est assurer des chances de guérison à un plus grand nombre de malades. Voici les cas de M. Macario.

Le 15 décembre 1862, notre confrère fut consulté à Nice par un vieillard âgé de soixante ans, profondément anémié consécutivement à une hématurie abondante et à une cystite chronique, provoquée sans doute par le cathétérisme ; car le malade, à cause d'une hypertrophie de la prostate, était obligé de se sonder deux fois par jour. Il y avait de plus une hydrocèle du côté droit. La ponction suivie d'injection iodée ayant été refusée, M. Macario eut recours à l'électricité à l'aide de l'appareil de Legendre et Morin. A cet effet, un des réophores, muni de son éponge, fut placé au sommet et l'autre à la base de la tumeur. Le lendemain elle avait diminué d'un

quart. Après six séances quotidiennes de dix minutes chacune, elle était réduite à un tiers de son volume primitif. Abandonnée ensuite à elle-même, la résorption continua et fut complète au bout d'une vingtaine de jours. Mais un mois après, le liquide s'était reproduit, et cette fois la continuation du galvanisme pendant vingt jours consécutifs ne put obtenir qu'un résultat insuffisant ; il fallut faire une ponction, à la suite de laquelle l'épanchement se reproduisit encore ; mais quelques mois après, il s'était résorbé spontanément.

Le second cas est plus favorable, ce qui tient sans doute aux conditions de santé bien meilleures dans lesquelles était le sujet. Il s'agit d'un gentleman âgé de soixante ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, qui se présenta à M. Macario en février 1863, porteur d'une hydrocèle très-volumineuse du côté droit, dont le début remontait au mois d'octobre précédent. Ce malade avait été autrefois obligé de se sonder pour une rétention d'urine ; mais depuis longtemps il avait abandonné cette pratique, la miction se faisant naturellement. L'électricité lui fut proposée, et il accepta avec empressement. Au bout de six séances de dix minutes chacune, toute trace de liquide avait disparu de la tunique vaginale. Deux mois et demi après l'hydropisie ne s'était pas renouvelée. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1863, nº 17.)

**Angine de poitrine attribuée à l'habitude de priser du tabac, guérie par la cessation de cette habitude.** Nous avons cité, il y a quelques mois, des cas d'amaurose considérés par M. Sichel en France, par M. Wordsworth en Angleterre, comme résultant de l'abus du tabac à fumer. Depuis et tout récemment, le médecin anglais a signalé encore quelques exemples de la même maladie, également rapportés par lui à la même cause (*Lancet*, juill. 1863). Ces derniers faits, pas plus que les précédents, ne nous ont paru concluants dans le sens de l'étiologie adoptée par les deux savants ophthalmologistes, quelque autorité qui s'attache à leurs opinions. Pour mettre la réalité d'une telle étiologie hors de doute, il faudrait autre chose que la concomitance de l'usage abusif du tabac chez des sujets devenus amaurotiques ; car, comme l'a très-justement dit le docteur Maximin Legrand (*Un. méd.*, 1862, numéro 70), dans un temps où tout le monde fume, ou peu s'en faut, on a beau jeu, lorsqu'il s'agit de maladies dont les causes sont particulièrement obscures et mal connues, d'en accuser une habitude devenue banale.

Cette remarque, que suggérait à notre confrère de l'*Union* une communication faite par M. Beau à l'Académie des sciences sur l'abus du tabac à fumer considéré comme une cause de l'angine de poitrine, n'a aujourd'hui rien perdu de sa force : en effet, vu l'obscurité en général des conditions étiologiques, souvent multiples et simultanées chez le même sujet, qui ont été accusées de donner lieu à cette grave affection, il est fort difficile de faire à chacune sa part, et d'un autre côté, il est loin d'être prouvé que l'angine de poitrine, de même que l'amaurose, se rencontre avec plus de fréquence chez les personnes adonnées à l'usage même excessif du tabac. Cependant, si l'on voyait de tels accidents diminuer d'intensité, rétrograder, disparaître, en même temps que les malades ont renoncé à l'habitude en question, il est clair qu'il y aurait lieu de tenir compte du fait. Or, c'est ce qui est arrivé, d'après M. Beau, dans le cas suivant, que nous résumons rapidement.

Homme âgé de vingt-neuf ans, robuste, entré à l'hôpital de la Charité le 18 juillet dernier. Il y a deux ans et demi environ, étant chauffeur dans une usine, il se livrait à de nombreux excès alcooliques : une nuit, après avoir chauffé sa machine, étant probablement sous une influence alcoolique, il alla s'étendre sur l'herbe fraîche et y dormit pendant deux heures. La maladie a débuté le lendemain par une attaque brusque, caractérisée par une vive douleur à la région précordiale, s'irradiant dans l'épaule gauche, et s'accompagnant d'oppression avec tendance à la défaillance, et en même temps pâleur, petitesse du pouls, trouble de la vue. Depuis, cette attaque, qui dure cinq ou six minutes, s'est répétée deux ou trois fois par semaine, et reparaît à la moindre émotion ou fatigue. Il y a de plus de la dyspepsie et une pharyngo-laryngite granuleuse. Le malade, interrogé, ayant déclaré n'être pas fumeur, on attribue la névrose du cœur à l'influence rhumatismale, la dyspepsie et la pharyngite aux excès alcooliques, et l'on prescrit un bain sulfureux et l'usage du charbon de

Belloc après les repas. Mais, deux ou trois jours après, une attaque très-vive ayant eu lieu dans l'intervalle, l'on découvre que, s'il ne fume pas, par contre cet individu prise avec excès, et on lui recommande de rompre avec cette habitude ; le traitement est d'ailleurs continué. A partir de ce moment, l'usage du tabac ayant été supprimé, il se manifeste une notable amélioration : en six semaines, il n'y a qu'une seule attaque, encore est-elle très-légère, et la dyspepsie ainsi que la pharyngite s'atténuent sensiblement.

Y a-t-il lieu de conclure, avec l'auteur, que le tabac à priser était ici la cause de l'angine de poitrine, et aussi, au moins pour une part, de la dyspepsie et de la pharyngite, puisque la première de ces affections a cessé, et les autres se sont manifestement améliorées par la suppression de l'habitude de priser? Le cas nous paraît trop complexe pour cela : ce serait, ce nous semble, quelque peu forcer la conclusion, et admettre comme démontré et certain ce qui n'est que possible ou présumable. Mais, ainsi que nous le disions plus haut, le fait est digne de considération, et mérite qu'on en tienne compte. (*Union. méd.*, 1863, numéro 107.)

**Recherches expérimentales sur l'absorption par le tégument externe.** M. Cl. Bernard a présenté à l'Académie des sciences, au nom de M. L. Parisot, la note suivante sur le rôle de la peau dans le bain médicamenteux. L'argument le plus puissant que l'on ait invoqué pour établir le pouvoir absorbant de la peau est le passage dans les humeurs des matières salines ou autres, employées en dissolution sous la forme de bains, lotions, etc. ; ce passage une fois établi, serait, sans contredit, la preuve la plus péremptoire. Aussi est-ce dans cette voie qu'ont été dirigées mes investigations.

Le choix des substances à expérimenter ne m'a pas été indifférent ; il fallait une matière qui n'exerçât aucune action chimique sur la peau ; qui, normalement, ne fît pas partie intégrante de nos humeurs ; qui ne pût être décomposée dans nos tissus, et dont la présence pût être décelée facilement dans les produits. Je crus que l'iodure de potassium, le cyanure jaune de potasse, le chlorate de potasse, le sulfate de fer, la belladone, la digitale et la rhubarbe réunissaient ces conditions ; d'ailleurs, elles avaient à mes yeux un caractère bien précieux, elles avaient servi de base aux expériences que je voulais contrôler.

Je les ai expérimentées toutes sur moi même : quelques-unes, telles que l'iodure de potassium et le chlorate de potasse, ont été employées en même temps sur de jeunes malades dont l'affection réclamait l'emploi de ces remèdes ; leur peau était intacte, et la finesse des tissus devait être une condition favorable à l'imbibition. J'ai expérimenté, pendant les journées chaudes de l'été et de l'automne des années 1859, 1860 et 1861 : la température extérieure a oscillé entre 18 et 27 degrés centigrades ; la température du bain n'a jamais été inférieure à 28 degrés ni supérieure à 30 degrés. La durée des bains a été d'une à deux heures pour moi, et de trente minutes à une heure pour les enfants. Les baignoires étaient en bois et toujours recouvertes avec soin.

Les bains ont été administrés le matin et à jeun ; les urines et la salive ont été constamment examinées avant chaque expérience ; la même substance a été expérimentée pendant trois à huit jours de suite ; chaque jour la salive et les urines étaient soumises aux réactifs propres à déceler la présence de la substance en dissolution ; le même examen a été continué encore pendant huit jours après la cessation des bains.

Alors les substances qui avaient été dissoutes dans les bains ont été pendant plusieurs jours administrées par la bouche, et toujours les liquides excrémentiels en ont assuré la présence des réactifs chimiques. A cet égard j'ai constaté la loi formulée par M. Cl. Bernard, à savoir que l'iodure de potassium se trouvait dans la salive plusieurs heures avant d'être décelé dans les urines.

L'auteur présente un tableau sommaire de ces expériences et en tire les conclusions suivantes :

1° Les sels, comme l'iodure de potassium, le chlorate de potasse, le prussiate jaune de potasse, le sulfate de fer, ainsi que les matières colorantes de la rhubarbe en dissolution dans l'eau ne sont aucunement absorbés par la peau, même après deux heures d'immersion ; car quelque soin qu'on appporte dans les recherches de ces diverses substances, on n'en peut rencontrer la moindre trace dans les urines et la salive par lesquelles elles sont ordinairement éliminées, et où

on les retrouve constamment lorsqu'elles ont été introduites, même en quantité extrêmement faible, dans l'organisme.

2° Les matières toxiques végétales (digitaline et atropine) en dissolution aqueuse ne sont nullement absorbées par la peau ; car le séjour prolongé dans des bains qui renferment des doses considérables de ces matières ne donne jamais naissance au plus léger symptôme d'empoisonnement. Dans une prochaine note, j'établirai le rôle de l'épiderme en présence de l'eau, du chloroforme et de l'alcool.

**De la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né dans ses rapports avec l'établissement d'un anus artificiel.** Toutes les fois qu'on pratique l'opération de Littré, dans les cas d'imperforation de l'extrémité inférieure du tube digestif, c'est l'S iliaque que l'on se propose d'ouvrir ; l'on est généralement d'accord sur ce point. Mais où faut-il chercher cette portion d'intestin pour ne pas tomber, comme le disait M. Laugier, dans les hasards « d'une chirurgie improvisée? » est-ce à droite, est-ce à gauche? Ici commencent les divergences, et il y a lieu de s'en étonner lorsqu'on songe qu'il s'agit en définitive d'une simple question d'anatomie normale. Nos livres classiques enseignent que l'S iliaque est située dans la fosse iliaque gauche ; mais M. Huguier est venu porter le trouble, en quelque sorte, dans cette notion, en disant que cette portion de l'intestin étant transversale chez le nouveau-né, c'est à droite et non à gauche qu'il faut la chercher. Dans une discussion récente sur ce sujet à la Société de chirurgie, l'opinion de M. Huguier a rencontré de graves contradictions, notamment de la part de M. Giraldès ; elle se trouve aussi fortement combattue par les résultats de recherches très-intéressantes consignées dans la thèse que vient de soutenir M. Arthur Bourcart. Voici les conclusions de ce travail, basé sur un nombre imposant d'observations et accompli d'ailleurs sous la direction de M. le docteur Dolbeau : 1° la position transversale de l'S iliaque est exceptionnelle chez les enfants nouveau-nés (45 fois sur 295) ; 2° l'S iliaque est en rapport direct avec les parois abdominales, au niveau et un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche (144 fois sur 150) ; 3° dans les cas exceptionnels où ce rapport n'existe pas (6 fois sur 150), c'est encore à gauche et immédiatement au-dessous de son origine que l'S iliaque se rapproche le plus des parois abdominales ; 4° en opérant à gauche, on trouve l'S iliaque immédiatement au niveau de la plaie (14 fois sur 16), en dehors, en arrière et en haut, mais à une faible distance de la plaie, dont elle n'est séparée que par l'intestin grêle (2 fois sur 16) ; 5° en opérant à droite, l'on ne rencontre l'S iliaque qu'exceptionnellement (4 fois sur 16), et c'est le cœcum qui se présente généralement de ce côté (12 fois sur 16).

**Nouvel exemple de guérison spontanée d'une fistule stercorale.** Pendant nos études médicales on nous a appris à compter si peu sur les ressources de la nature, qu'il est bon d'en placer de temps en temps des exemples sous les yeux du praticien. Du reste, ces faits intéressent encore le pronostic.

*Obs.* Pierre, C***, quarante-quatre ans, imberbe, lymphatique, est pris de malaise, nausées, après un refroidissement, au mois de décembre 1861, et, le soir même, il sent tout à coup une grosseur sphérique, comme un œuf de poule, se produire dans le pli de l'aine droite pendant des efforts de défécation. Coliques, diarrhée, hoquet, vomissements y succèdent la nuit et persistent le lendemain, malgré quinze sangsues et des cataplasmes appliqués sur la tumeur. Le troisième jour, le médecin ouvre celle-ci, et il en sort, dit le malade, un sang noir et fétide, puis deux ou trois selles ont lieu, et ce n'est que le lendemain ou surlendemain qu'il voit des matières stercorales s'échapper par l'ouverture. Dès lors, les aliments, parfaitement reconnaissables, continuent à sortir par la plaie, deux à trois heures après l'ingestion, sans être digérés ; un dépérissement rapide en est la conséquence ; et le malade, tourmenté par une faim insatiable, entre à l'hôpital civil d'Alger le 29 décembre 1861.

L'indication pressante était de rétablir le cours régulier des aliments pour que la nutrition, fort compromise, pût avoir lieu. Après avoir reconnu les deux bouts de l'intestin et obtenu la dilatation de l'orifice fistuleux par des éponges préparées, M. Bertherand attendait l'entérotome de Dupuytren pour détruire, à cet effet, l'éperon qui empêchait les matières de passer dans le bout inférieur, lorsque, pendant le retard imprévu

qu'il éprouva, les bords de la plaie se rapprochèrent, et les aliments, sollicités par des injections laxatives, passèrent en partie par les voies naturelles, et le malade reprit force et embonpoint. Des cautérisations avec le nitrate d'argent, puis une compression modérée, aidèrent à la cicatrisation, et, treize mois après, le 7 mars 1863, Pierre G***, porteur d'un brayer contentif, sortait de l'hôpital parfaitement guéri. (*Gaz. méd. de l'Algérie*).

**Un mot encore sur l'ergot du blé.** Nous signalions récemment l'analyse de la thèse de M. Leperdriel sur les avantages de l'ergot du blé, et tout en rendant justice aux efforts de ce pharmacien, nous réclamions contre sa prétention d'être le premier à signaler l'identité d'action de cette substance et de l'ergot de seigle. Aujourd'hui, M. le docteur Grand-Clément, sa thèse en mains (elle date de 1855), vient revendiquer la démonstration de la moins grande altérabilité de l'ergot de blé. Il ne reste donc plus à M. Leperdriel que le mérite d'avoir cherché à préciser, plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, la composition de ces deux ergots.

« Depuis huit ans, j'ai eu plusieurs occasions d'étudier les propriétés thérapeutiques de l'un et de l'autre, et je déclare, comme M. Mialhe, qu'elles sont identiques. De plus, j'ajoute qu'il n'y a qu'une bonne préparation, c'est la poudre. De là je conclus : 1° que l'ergot de blé se trouve en trop petite quantité pour pouvoir suffire aux besoins thérapeutiques.

« 2° Que ceux qui voudraient expérimenter ce produit devront se procurer de l'ergot en nature, c'est-à-dire en grains, attendu que la poudre et l'extrait de l'ergot de seigle ressemblent en tout et pour tout à la poudre et à l'extrait de l'ergot de blé.

« 3° Que la meilleure préparation, la seule sur laquelle on puisse compter, c'est la poudre, qui ne doit être employée, à moins d'indications pressantes, qu'à dos petites doses, 15 à 20 centigrammes toutes les heures.

« 4° Que l'extrait, ou ce que l'on décore du nom prétentieux d'*ergotine*, ne m'a jamais donné des résultats aussi positifs que la poudre.

« 5° Enfin, qu'abstraction faite de son inaltérabilité, l'ergot de blé ne diffère en rien de l'ergot de seigle sous le rapport des vertus thérapeutiques. »

En résumant ces débats, je crois que je puis conclure que c'est M. Gauthier-Lacroze et moi, qui, dès 1853, avons démontré, les premiers, que l'ergot de blé se conserve très-longtemps et tout naturellement sans s'altérer. (*Répert. de pharmacie*, août.)

## VARIÉTÉS.

RESTAURATION MÉCANIQUE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE (1).

### III. *Restauration de la moitié du maxillaire.*

La perte de l'une des moitiés du maxillaire inférieure n'est pas toujours le résultat d'un acte de médecine opératoire, elle peut avoir été produite par une violence traumatique. Les difficultés de la restauration sont loin d'être les mêmes dans les deux cas.

Lorsque le déplacement des fragments est le résultat d'une fracture comminutive, compliquée de plaie des parties molles, comme à la suite des blessures par armes à feu, les désordres sont plus considérables quo dans les cas de résections. Sous l'influence du traumatisme les muscles se contractent plus énergiquement, et la suppuration plus ou moins longue des parties provoque des adhérences vicieuses, et le tissu inodulaire tend à exagérer encore ce déplacement.

La première fois que M. Préterre a eu l'occasion de remédier aux suites d'une semblable perte de substance, c'était chez un général turc, blessé pendant la guerre de Crimée ; le peu de solidité de la cicatrice du fond de la bouche sur laquelle devait porter la partie principale de l'appareil l'a engagé, dans ce cas, à borner l'œuvre de restauration à placer en avant de la branche restante une arcade dentaire artificielle, destinée à venir battre sur celle de la mâchoire supérieure.

(1) Voir le dernier numéro, page 233.

En même temps qu'il appliquait cet appareil provisoire, notre habile dentiste créait un appareil complet destiné à combler la perte de substance, de façon à prévenir l'affaissement de la joue et l'accumulation des aliments dans le sillon buccal, quand même cette partie de la pièce mécanique ne devait pas concourir utilement à la mastication.

Malheureusement, le général pour lequel cet essai était fait, n'a pas voulu attendre ici jusqu'au moment où cet appareil aurait pu lui être appliqué. Nous devons donc nous borner à rendre compte du résultat fourni par l'appareil provisoire.

Obs. *Destruction de la branche montante droite et de l'angle du maxillaire inférieur. — Appareil prothétique.* — Le général Z***, âgé de quarante-sept ans, commandant une division de l'armée ottomane, lors de l'assaut de la tour

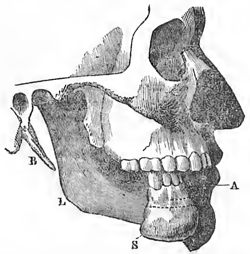



Fig. 44.

Malakoff, est atteint par un projectile qui lui fracasse le côté droit de la mâchoire inférieure à partir de la petite molaire, jusqu'à la partie moyenne de la branche montante. Il est conduit à l'ambulance du quartier général et reçoit les premiers soins, qui ont surtout pour but d'arrêter une abondante hémorrhagie produite par cette vaste déchirure des tissus. A quelques jours de là, une consultation a lieu entre les principaux chirurgiens des armées alliées ; il est décidé que, outre l'ablation de la partie fracturée du maxillaire, on ferait la désarticulation du condyle flottant et qu'on pratiquerait également la résection de l'angle de la portion horizontale du maxillaire, afin de hâter la cicatrisation de la blessure. A son retour à Constantinople, le général vécut plusieurs mois d'aliments complétement liquides et de lavements de bouillon, afin de suppléer, autant que possible, son alimentation insuffisante. Désespéré de voir ses forces s'épuiser par suite des troubles apportés à la mastication par la perte d'une si grande portion de sa mâchoire, le général, sur l'avis de ses médecins, se décida à venir à Paris réclamer les secours de la chirurgie. Il descend à l'ambassade ottomane et se confie aux soins de M. le docteur Beyran Ce médecin s'adjoint MM. Cloquet, Nélaton et Larrey. Dans cette consultation, après un examen attentif du malade, il est reconnu qu'il n'y a aucune opération nouvelle à tenter et qu'un appareil prothétique seul peut remédier à cette difformité et rétablir la fonction de la mastication. M. Beyran conduit alors son intéressant client à M. Préterre, qui lui construit l'appareil suivant.

La figure 44 ci-dessus indique et l'étendue de la perte de substance à réparer et la déviation subie par le reste de la mâchoire. On voit que, sous l'influence de l'action des muscles restés intacts, la portion restante du maxillaire inférieur a pivotée sur son condyle, de manière que la dent canine inférieure se trouve

en contact avec la première grosse molaire de l'arcade dentaire supérieure. De plus, n'étant plus soutenue par l'action du masséter et du crotophyte droits, le menton s'est abaissé de quelques lignes. Comme il n'était pas possible de ramener l'arcade dentaire inférieure au niveau de l'arcade supérieure, pour remédier à la difformité, tout en rétablissant la fonction de la mastication, M. Préterre a dû en fabriquer une seconde artificielle, qu'il a placée en avant de celle-ci, ainsi que le figurent les lignes ponctuées A.

Cet appareil, représenté de face dans la figure 45, se compose d'une base B, supportée par la portion restante du maxillaire S et garnie de dents artificiel les A R. Celles-ci s'étendent à partir de la canine droite N, qui limite la perte de

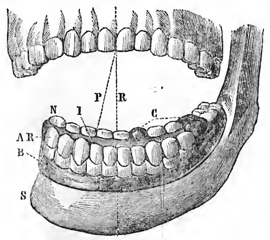



Fig. 45.

substance de l'os maxillaire à l'autre extrémité de l'arcade dentaire. C'est sur cette pièce artificielle que vient battre l'arcade supérieure pour accomplir la mastication. Un artifice ingénieux, que nous devons signaler tout particulièrement, est l'emploi de calottes mécaniques C, sortes de plans inclinés, placés sur deux des dents naturelles et destinées à prévenir leur déchaussement.

Dès que cet appareil fut appliqué, le général put faire usage d'aliments de plus en plus substantiels, et lorsqu'il quitta la France pour retourner à Constantinople, il avait recouvré complétement ses forces premières.

---

Un congrès médico-chirurgical doit s'ouvrir à Rouen le 30 de ce mois. Le nombre des communications inscrites à l'ordre du jour des séances dépasse déjà le chiffre de vingt.

---

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Jorret, qui vient de succomber dans la cinquantième année de son âge, à une longue et douloureuse maladie. Auteur de beaux travaux sur la digitale, en collaboration avec le docteur Homolle, d'une excellente étude sur l'emploi de l'huile de croton, la science est redevable encore au docteur Jorret d'un mémoire justement estimé sur l'apiol, dont il est l'inventeur. Rien n'égalait son amour pour notre art, si ce n'est le rare désintéressement qu'il apporta toujours dans l'exercice de sa profession. Il ne laisse à sa veuve et à ses quatre filles, dont il était l'unique soutien, qu'un nom chéri et honoré de tous.

---

M. le docteur Déclat vient d'être nommé chevalier de l'ordre du Christ de Portugal.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## Des constitutions médicales, et des indications thérapeutiques qui y ressortissent.

Un homme dont les idées originales, quelle qu'en doive être l'influence sur la pratique médicale, ont déjà avec raison fixé l'attention des médecins sérieux, M. P.-E. Chauffard, a, dans ces derniers temps, touché, dans la *Société médicale des hôpitaux*, à l'une des questions capitales de la médecine pratique, celle des constitutions médicales. Dans son livre sur les *Principes de pathologie générale*, cet auteur distingué a discuté d'une manière éclatante, et sous une forme qui séduit l'esprit, alors même qu'elle ne convainc pas, toutes les questions à l'ordre du jour; mais là, ne descendant presque jamais de la hauteur des principes, tels qu'il les conçoit logiquement, s'il touche à la question dont nous voulons traiter sommairement ici, il ne le fait que d'une manière indirecte, et l'on ne peut guère que pressentir comment il rattache la question des constitutions médicales à la doctrine vitaliste, exclusivement vitaliste, devrions-nous dire, dont il est assurément jusqu'ici l'organe le plus correct et le plus éloquent. Sans chercher à pénétrer les motifs qui ont conduit M. Chauffard à introduire au sein de la *Société de médecine des hôpitaux* le problème, depuis longtemps posé, et non encore résolu, de la part qu'il convient de faire à l'ensemble des conditions qui constituent ces constitutions dans l'étiologie des maladies, nous ne serions pas éloigné de supposer que, conscient de sa force réelle, et voulant montrer qu'une qualité a chez lui son lest naturel dans la qualité opposée, il s'est en quelque sorte dédoublé, et a voulu ainsi que, sous le métaphysicien, on vît l'observateur, l'homme qui, à côté des principes, voit les faits que ceux-ci engendrent ou commandent. Quelle que soit d'ailleurs l'intention de l'auteur en cette circonstance, on ne peut que l'approuver; et l'initiative qu'il vient de prendre en exposant le résultat de ses premières études dans ce sens, et en invitant la laborieuse compagnie à le suivre dans la voie féconde où il s'est le premier engagé, sera fertile, espérons-le du moins, en enseignements positifs. C'est pour concourir, autant qu'il est en nous, à cette œuvre utile, et en même temps pour éveiller sur ce point important l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, que nous allons exposer sommairement, et en toute humilité, les idées que nous nous sommes formées au contact des faits, étudiés sans préven-

tion systématique aucune, de la doctrine des constitutions médicales.

Telle est l'évidence de l'influence du milieu dans lequel l'homme vit, qu'on a pu sans pédantisme désigner par un mot (mésologie) la science de cette influence, et que, si loin qu'on remonte dans l'histoire sérieuse de la médecine, on voit poindre quelques idées sur les rapports qui lient le développement des maladies aux influences météorologiques. Malheureusement, pendant des siècles, aux quelques vues saines auxquelles a conduit tout d'abord une observation attentive, se sont presque immédiatement mêlées des vues théoriques, pures conceptions de l'esprit, qui en ont rapidement borné la portée, en en dénaturant le sens réel. Faire l'histoire des conceptions tour à tour présentées sur le fait complexe dont il s'agit en ce moment, ce serait presque faire l'histoire de la médecine, tant est compréhensif dans les deux termes qu'il embrasse le rapport sur lequel se fondent les constitutions médicales. Si la médecine du passé a souvent erré, quand elle a prétendu à théoriser ce rapport, elle en a au moins saisi l'importance, et marqué ainsi à la médecine de l'avenir une des voies fécondes dans laquelle elle devait marcher. Dans l'état actuel de la science, et pour nous renfermer dans les limites d'une simple appréciation générale des choses, quelles sont les vérités que la critique, aidée d'une observation plus attentive et plus complète, parvient à saisir au milieu des nombreuses erreurs qui se sont produites à propos des constitutions médicales, et du côté de la réaction organique qui les traduit, ou du côté de la thérapeutique qui les combat : tel sera, si l'on veut bien nous le permettre, l'objet des considérations suivantes que nous allons succinctement développer, nous appliquant surtout à éviter tout ce qui, dans cette discussion, ne serait pas d'un intérêt immédiatement pratique.

Une première vue, dont on ne saurait contester la vérité dans cet ordre d'idées, c'est celle qui nous montre les maladies dans un rapport qu'on a assurément exagéré, mais qui est d'une incontestable réalité, avec la succession des saisons. Telle est la vérité de ce rapport que, quand, comme il arrive souvent dans nos climats tempérés surtout, cette succession éprouve une notable perturbation, celle-ci se montre dans les maladies elles-mêmes, et les fait apparaître d'une manière inopportune ou intempestive, si l'on veut bien nous permettre cette expression, qui est en corrélation avec la dénomination même par laquelle ces maladies sont alors désignées. Le physiologisme, et plus tard l'organicisme, ont pu méconnaître et

nier ces influences, dans leurs rapports avec la vie pathologique de l'organisme, cela était tout simple ; quand l'inflammation épuisait toute la notion de la maladie, quand, au delà de la lésion que découvrait le cadavre, on ne voyait rien, quand la négation de la spécificité de ces altérations était portée jusqu'à identifier des lésions purement traumatiques avec des lésions produites par un virus introduit de l'extérieur dans l'organisme, ou par un délétère sourdement élaboré au sein même de cet organisme, il est évident que, dans une telle conception de la maladie, il n'y avait point de place pour une notion supérieure qui, partant d'une étiologie moins fermée, voulait trouver la marque de celle-ci dans les maladies dont elle était l'occasion ou l'opportunité. Ces excès théoriques ont aujourd'hui heureusement disparu, et si l'on rend justice à Broussais pour quelques vues saines qu'il a introduites dans la science, si l'on tient à l'anatomie pathologique un si grand compte des données essentielles dont on lui est redevable qu'on l'interroge tous les jours, et qu'on l'interrogera longtemps encore dans le sens des questions auxquelles elle a si péremptoirement répondu, on n'en reconnaît pas moins que les questions étiologiques doivent être élargies, et que, parmi ces questions, une des plus importantes est celle qui a pour but de préciser les rapports des maladies avec les influences météorologiques qui ne peuvent pas ne pas se traduire par une réaction de l'organisme en harmonie avec elles, quand celui-ci vient à fléchir sous leur atteinte. C'est ainsi que, si les anciens observateurs, non distraits par l'intuition immédiate du traumatisme qu'a découvert l'anatomie pathologique, se sont surtout appliqués à rechercher dans la réaction vivante de l'économie l'empreinte des vicissitudes du milieu si divers, dans lequel l'homme vit et se développe, cette étude n'a certes point été inféconde, et qu'en établissant les modes catarrhal, bilieux et inflammatoire dans leurs rapports avec la succession régulière des saisons, ils ont saisi une vérité qui restera dans la science, que l'avenir corrigera dans plusieurs de ses expressions erronées, mais qu'il n'effacera pas : il est des vérités qui ne sombrent pas dans l'esprit des hommes, une fois qu'elles s'y sont installées, ce sont surtout celles qui se lient étroitement aux intérêts de la vie.

Dans la discussion à laquelle nous faisions allusion en commençant cet article, et que nous estimons si importante que nous avons voulu qu'elle trouvât un écho, si faible qu'il soit, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, dans cette discussion, disons-nous, M. Chauffard a parfaitement développé ces idées, et un de

ses collègues, non moins distingué, quoique marchant sous un drapeau philosophique différent, M. Woillez, les a admises, sinon d'une manière absolue, au moins dans une assez large mesure : nous verrons tout à l'heure que, sur un autre point, le sagace médecin de l'hôpital Cochin s'est nettement séparé, ainsi que nous le ferons nous-même, de son savant collègue.

Oui, nous le répétons, il y a dans la leçon des anciens, des médecins du dix-septième et du dix-huitième siècle surtout, sur les constitutions médicales, un fond de vérités, que la science contemporaine ne saurait répudier sans un dommage réel pour l'art qui l'applique; mais ces vérités saisies et installées dans la science, en dehors des données précises de l'anatomie pathologique, et d'une observation qui plonge plus avant dans les choses, sans jamais en atteindre le fond, doivent être mises en rapport avec ces données nouvelles, pour avoir, vis-à-vis de la pratique qui est appelée à en bénéficier, l'influence heureuse qu'il est en elles d'exercer sur l'art, dont le côté utilitaire effacera toujours le côté spéculatif. Pour sortir de ces généralités, et aller droit à l'application, choisissons un exemple qui mettra en vif relief l'idée que nous venons d'exprimer, et montrera par les faits, que tout le monde est à même d'observer, quelle lumière les données de l'anatomie pathologique jettent sur la conception purement étiologique de ceux qui nous précédèrent, et en quelle mesure ces données peuvent modifier, en les corrigeant dans ce qu'elles ont de trop absolu, les inductions pratiques auxquelles on s'arrêta tout d'abord. S'il est un mode pathologique nettement caractérisé comme ensemble symptomatique, et comme originalité morbide distincte, c'est sans contredit le mode catarrhal. Quand les vicissitudes atmosphériques auxquelles ce mode se lie sont nettement accentuées, on peut prédire, sans craindre de se tromper, que l'organisme vivant, soumis à cette influence générale, réagira suivant ce mode un et divers tout à la fois dans son unité vivante. Si nette et si tranchée que soit cette modalité morbide dans sa physionomie générale, est-ce que cependant nous ne devons tenir aucun compte des éléments concomitants qui peuvent marcher à côté d'elle, et commander par eux-mêmes une médication en rapport direct avec ce que l'anatomie pathologique et une analyse plus approfondie des symptômes nous ont appris sur leur nature? Ainsi, qu'un individu fort et pléthorique nous offre tout d'abord les symptômes d'une fièvre catarrhale, et puis que la maladie, se localisant, se concentrant, si l'on aime mieux, sur l'appareil respiratoire, se traduise par une pneumonie, vous contenterez-vous de

tenter de rétablir les fonctions de la peau, soit à l'aide de diaphorétiques, soit à l'aide de vomitifs, soit en agissant plus topiquement sur l'appareil tégumentaire à l'aide de révulsifs ? Non, assurément, et vous aurez raison : car pendant que vous poursuivriez exclusivement l'élément catarrhal, l'élément inflammatoire adventif grandirait probablement, et pourrait amener rapidement le terme fatal. Il en est de même d'un autre mode pathologique, l'élément bilieux, qui souvent est en rapport manifeste avec le milieu météorologique que tout le monde connaît, et qui, d'après Stoll surtout, imprime aux maladies non-seulement un cachet particulier, mais une nature spéciale et une, qui, malgré la diversité des lésions qu'on y peut observer, commande impérieusement toute la thérapeutique.

On a souvent cité, dans l'intérêt de la doctrine dont il s'agit en ce moment, la pratique du médecin de Vienne que je viens de nommer, vis-à-vis de diverses déterminations morbides, mais surtout vis-à-vis de la pneumonie. J'ai relu cet auteur avec la plus grande attention, et en me plaçant à ce point de vue. Or, je l'avouerai franchement, cette lecture ne m'a pas convaincu. D'abord cette fameuse épidémie de pneumonie ou de pleurésie bilieuse, car l'auteur ne distingue pas, cette fameuse épidémie de 1776, n'est pas très-nettement dessinée. Sans parler des signes stéthoscopiques et plessimétriques, inconnus ou peu recherchés alors, on ne voit pas toujours clairement que l'illustre médecin de Vienne ait eu affaire à de véritables pleurésies ou pneumonies. Ce qu'on voit surtout, c'est une affection catarrhale printanière simple, que Stoll lui-même avoue avoir existé plusieurs jours, et même plusieurs semaines avant l'invasion de la maladie qui fixa plus tard particulièrement son attention ; et puis, malgré cette disposition catarrhale épidémique, positivement admise, et l'état bilieux qui s'y mêle, ou se montre isolément, ne croyez pas que le prudent praticien s'interdise la saignée ; loin de là, il est pour lui une indication formelle à celle-ci, c'est celle qui se déduit de l'état de la circulation générale, et qui traduit à ses yeux la nature inflammatoire du mal. Stoll cite des cas remarquables où l'élément bilieux ou muqueux, se produisant dans des pneumonies qui traînaient en longueur, amenaient à leur suite des accidents cérébraux graves qui ont été emportés rapidement par un éméto-cathartique ; c'est là une heureuse et saine pratique, que certaines indications peuvent justifier, mais qui pourrait trouver, en dehors même de l'état bilieux ou muqueux proprement dit, une très-utile application. Dans la pneumonie des vieillards, par exemple, qui n'a eu occasion d'observer

combien agit efficacement la secousse émétique, quand, les forces fléchissant, les produits de la sécrétion bronchique s'accumulent dans les voies aériennes, et vous montrent une ébauche de l'asphyxie? Que la pneumonie, dans ce cas, se lie à une constitution saisonnière inflammatoire, pituiteuse, ou bilieuse, il y a ici une indication qui domine toutes les autres, c'est de tenter le cathétérisme des voies bronchiques par les secousses du vomissement artificiellement provoqué.

Dans la réaction pathologique contre les influences météorologiques des saisons, alors même que ces influences, par la généralité de leur action sur les populations, montrent leur intensité, elles n'aboutissent pas toujours, tant s'en faut, à des déterminations morbides, ou si l'on veut, à des localisations nettement définies ; l'économie souffre, et témoigne de la perturbation qu'elle a subie par des troubles plus ou moins accentués, mais superficiels. Dans quelle mesure serait-il permis d'appliquer ici les idées ingénieuses émises naguère par M. Jules Guérin sur ce qu'en son langage figuré, mais juste, il a appelé des ébauches pathologiques? Je ne sais ; dans tous les cas, c'est surtout alors que la réaction de l'organisme se produit sous cette forme, et avant que le processus morbide se soit concentré sur quelque appareil, et se soit déterminé en une localisation fortement individualisée, que les vues thérapeutiques des anciens se montrent d'une justesse incontestable. Une perturbation simplement fonctionnelle existe ici tout d'abord, et l'on conçoit, qu'en vertu de la solidarité qui lie les fonctions entre elles, les sécrétions surtout, la méthode perturbatrice qu'invoque surtout la théorie des constitutions médicales étudiées dans leur action première sur l'organisme, puisse avoir une influence décisive, ou pour arrêter dans la première phase de son évolution le trouble morbide correspondant à une constitution médicale donnée, ou pour prévenir son action plus profonde sur la vie. Si les éméto-cathartiques, traversant les siècles et s'harmonisant en quelque sorte avec les doctrines médicales les plus diverses, sont arrivés jusqu'à nous, s'imposant par l'évidence de leur action thérapeutique, c'est bien moins, croyez-le bien, parce qu'ils provoquent l'expulsion de saburres bilieuses ou muqueuses hypothétiques ou réelles qui encombrent les voies digestives, que parce qu'ils font appel à des fonctions antagonistiques à celles qui sont tout d'abord troublées. Là est la raison réelle de la pérennité de cette médication ; les masses mêmes l'ont compris, et imposeraient au besoin la nécessité de cette médecine à qui la repousserait systématiquement d'une manière absolue. *(La fin au prochain numéro.)*

**De l'utilité de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée.**

Par M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié.

En février 1860, notre honorable et regretté confrère le docteur Joret publiait, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, un mémoire sur l'emploi de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée.

Malgré une prédilection naturelle pour un médicament dont il avait retrouvé et vulgarisé les propriétés oubliées, il était médecin trop intègre et clinicien trop expérimenté pour prétendre que le principe actif de l'*apium petroselinum* pouvait convenir à tous les cas de dysménorrhée et d'aménorrhée indifféremment. Il reconnut et enseigna qu'il répondait à une indication spéciale, indication qui pouvait exister seule ou associée à d'autres indications préalables ou parallèles ; aussi étudiait-il, en même temps, la diversité des indications thérapeutiques que ces deux affections réclament et dans lesquelles l'apiol jouait un rôle important.

J'avais trop souvent éprouvé l'insuffisance absolue ou relative des divers agents plus spécialement recommandés pour activer la venue des règles ou calmer les douleurs qui les accompagnent, pour ne pas essayer un médicament qui se présentait avec de telles garanties d'observation sérieuse et de bonne foi. Depuis trois ans, j'ai fait un fréquent usage de l'apiol et j'ai pu vérifier les assertions du docteur Joret. Cela ne veut pas dire que j'aie toujours obtenu la réapparition des règles et la disparition des douleurs. J'ai échoué plusieurs fois, tantôt me rendant compte de mon insuccès, tantôt ne pouvant en saisir la raison. En publiant cette note, je n'ai donc pas la prétention de donner une étude complète de l'apiol et de ses indications, ni de comparer son action à celle des autres emménagogues, mais le désir d'appeler de nouveau l'attention sur un médicament qui rend des services réels.

Parmi les observations de malades auxquelles j'ai administré l'apiol, je choisirai les suivantes, dont j'ai conservé les notes.

Je les ai rangées en quatre catégories :

*A*. Aménorrhées simples. — *B*. Aménorrhées précédées ou accompagnées de coliques utérines. — *C*. Dysménorrhées simples guéries par l'apiol. — *D*. Cas dans lesquels les effets de l'apiol ont été incomplets ou tout à fait nuls.

*A*. Observations d'aménorrhée simple. — Obs. I. *Menstruation irrégulière suspendue sans cause et sans trouble de la santé. — L'aménorrhée, datant de six mois, est guérie par l'apiol, employé dans deux époques successives.* — Mlle M. G***,

âgée de dix-sept ans, n'a pas eu d'autre maladie qu'une rougeole dans son bas âge, laquelle s'est terminée heureusement. Entrée à onze ans à la pension, je l'ai soignée jusqu'à sa sortie. C'est une jeune fille de forte constitution, de taille moyenne, et quoiqu'elle ait eu un peu de bouffissure de la face et des membres supérieurs et inférieurs, elle n'offrait pas d'autres symptômes lymphatiques. Réglée pour la première fois à quatorze ans, pendant les deux premières années elle ne l'a été que très-imparfaitement et fort irrégulièrement. A seize ans, ses règles cessèrent de paraître, et nous ne fûmes averti de leur absence qu'au bout de six mois. La jeune fille continuait à boire, à manger et à se bien porter. C'est en apprenant par une de ses compagnes de la même pension que celle-ci avait été guérie par l'apiol, qu'elle manifesta le désir d'en prendre. Je l'interrogeai avec soin, et après avoir calculé la date de ses époques, je lui donnai les capsules d'apiol à la dose d'une matin et soir ; à la quatrième, c'est-à-dire après le second jour, le flux cataménial fit irruption avec assez d'abondance et persista pendant trois jours ; le sang était assez coloré, et la malade n'avait ressenti aucune douleur.

Nous étions au 22 février 1859. Au mois de mars, elle fit usage de l'apiol à la même dose ; la menstruation eut lieu et dura, cette fois, quatre jours. Depuis ce temps, M^lle^ M. G*** n'a pas cessé d'être très-régulièrement menstruée et sa santé est restée fort bonne. Pour obtenir ce résultat, elle n'a pris en tout que huit capsules de 25 centigrammes chacune.

Obs. II. *Menstruation irrégulière supprimée par le séjour de Paris.—L'aménorrhée, datant de quatre mois, est guérie par six capsules données dans l'espace de trois jours.* — M^lle^ L. J***, âgée de dix-sept ans, née à Londres, est venue pour la première fois à Paris au mois d'octobre 1861. C'est une grande et belle fille, d'une bonne constitution et d'un tempérament pléthorique ; jamais elle n'a eu de maladie grave. Réglée à treize ans, elle l'a été fort irrégulièrement jusqu'à quinze. Bien qu'elle n'eût jamais souffert ni de coliques, ni de douleurs lombaires ou inguinales, ses époques retardaient souvent de quinze jours, trois semaines ; le sang, chargé de fibrine, coulait plus ou moins abondamment.

De quinze à dix-sept ans, la menstruation s'était parfaitement régularisée ; c'est alors qu'elle vint en France pour y faire son éducation.

A dater de son arrivée jusqu'au mois de mars de cette année, la menstruation avait complétement disparu, et cependant on n'avait

pas observé de changement dans sa santé générale, lorsque je fus informé qu'elle devenait parfois plus triste, plus morose et d'une grande irritabilité, qui durait peu de temps. Je mis à profit cette indication et lui fis administrer l'apiol à la dose d'une capsule matin et soir, dans une cuillerée d'eau, à l'une de ces époques indicatrices (11 mars).

Elle prit ainsi six capsules en trois jours. Le 14 mars, le flux cataménial apparut sans douleur ni coliques et dura quatre jours. La maîtresse de pension, accoutumée à voir presque toujours l'apiol réussir de cette manière, ne continua pas le médicament le mois suivant. Le 14 avril, les règles revinrent et durèrent quatre jours. Le 17 mai, le 16 juin et le 21 juillet, il en a été de même. M^lle^ L. J*** est retournée dans sa famille à Londres, parfaitement réglée et très-bien portante.

Obs. III. *Menstruation régulière ; suppression par le froid aux pieds éprouvé pendant les règles. — Aménorrhée datant de trois mois guérie par quatre capsules d'apiol.* — M^lle^ M***, âgée de dix-sept ans, est encore une élève de la pension X... Elle est entrée tout enfant dans cette maison et n'a jamais été malade. A quatorze ans, elle a été réglée. Pendant toute la première année, la menstruation a été très-régulière et la santé de la jeune fille n'avait jamais subi le moindre changement, lorsque, par une pluie battante, elle traversa une large pelouse de gazon pour aller chercher sa balle qui était tombée dans le jardin. Elle était alors à une de ses époques ; elle ressentit un grand froid aux pieds, et l'écoulement mensuel s'arrêta. On mit la malade au lit ; elle souffrait de coliques très-fortes : sinapismes aux cuisses et tisane aromatique très-chaude ; les règles ne revinrent pas. Les mois de décembre et de janvier se passèrent également sans qu'on vît le retour de la menstruation. C'est alors qu'on me prévint, et comme je connaissais l'époque précise où elle apparaissait d'habitude, j'administrai l'apiol aux doses connues, deux capsules par jour ; dès le second jour de cet emploi, le flux cataménial reparut.

Cette malade n'a pas continué l'usage de l'apiol, et depuis deux ans sa menstruation est régulière et plus abondante qu'auparavant. Sa santé est parfaite.

Ces trois exemples d'aménorrhée, que l'on peut ranger parmi les aménorrhées simples, sont les plus faciles à guérir par l'apiol ; elles sont bien quelquefois accompagnées de douleur de reins et de faibles tranchées utérines, mais qui ne constituent pas une véritable dysménorrhée, ces douleurs et ces tranchées étant un fait contingent et accidentel.

Les symptômes qui les caractérisent consistent dans l'accélération du pouls, un peu d'oppression et une tendance à la morosité. A l'époque de la menstruation, le caractère de toutes ces jeunes filles est notablement modifié ; elles sont beaucoup plus irritables que pendant tout le mois. Rien n'est plus facile au médecin que de porter, dans ce cas, un diagnostic exact et de mettre en usage l'apiol avec la certitude de réussir.

*B.* Aménorrhées précédées ou accompagnées de dysménorrhée. — Il n'en est pas de même quand la dysménorrhée précède l'aménorrhée. Cet état maladif est caractérisé par des tranchées utérines extrêmement douloureuses, et qui durent six, huit, dix jours, et contre lesquelles l'apiol ne réussit pas aussi bien. Voici un exemple remarquable de l'efficacité du médicament, malgré ces conditions défavorables.

Obs. IV. *Aménorrhée précédée d'une dysménorrhée datant de deux mois, guérie par l'emploi de dix-huit capsules d'apiol.* — Mlle M***, âgée de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, d'une forte constitution et d'un tempérament pléthorique, a été réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans ; elle l'a été très-régulièrement jusqu'à vingt ans. A cet âge, elle a ressenti des tranchées utérines et des douleurs lombaires et inguinales qui la forçaient de garder le lit. Ces douleurs étaient si fortes qu'elle jetait des cris et se courbait en deux. Le sang, pendant les deux premiers jours de la menstruation, était décoloré ; ce n'était que les trois derniers jours qu'il reprenait un peu sa teinte ordinaire. Au 1er mai, l'hémorrhagie menstruelle n'eut pas lieu, mais les douleurs utérines furent aussi intenses et retinrent la malade pendant dix-huit jours au lit. Le mois suivant, l'apiol est administré pendant six jours, et le flux cataménial revient avec abondance et sans aucune douleur. Les deux premiers jours, il a coulé en caillots ; les quatre autres jours, il était liquide. Depuis lors, Mlle M*** est très-bien portante. Le 20 juillet, elle a repris six capsules ; les règles ont reparu avec abondance et sans douleur. Le 20 août, l'apiol est continué à la dose de quatre capsules seulement ; la menstruation a reparu régulièrement sans douleur et avec plus d'abondance. Depuis ce temps, on a cessé toute médication et la santé est parfaite.

Obs. V. *Aménorrhée datant de cinq mois et compliquée de douleurs utérines aux époques menstruelles, guérie par l'apiol.* — Mlle Amélie N***, ouvrière en filet, âgée de seize ans, d'une taille moyenne et d'une constitution un peu lymphatique, n'a jamais fait de grave maladie. A quatorze ans, elle a été réglée pendant cinq

jours chaque mois, très-régulièrement. Au mois de juin dernier, à la suite d'un vif froid aux pieds, les règles ont disparu, et, jusqu'au mois de novembre suivant, elle ne ressentait que des coliques atroces et des douleurs très-fortes dans les reins et dans le bas-ventre, sans voir survenir le plus petit écoulement mensuel. Le 11 octobre 1861, je l'ai mise à l'usage de l'apiol, à la dose de deux capsules par jour; le 13, la menstruation s'est montrée avec abondance, sans coliques, sans douleurs, et a duré trois jours; en novembre, elle a pris avec assiduité les mêmes doses d'apiol et les pilules de Blancard; les règles ont reparu tous les mois et sans douleurs. Depuis ce temps, la malade se porte parfaitement bien.

Ici la constitution lymphatique de la malade nous a engagé à associer les pilules de Blancard à l'apiol, afin d'assurer le retour régulier des règles; mais elles n'ont évidemment été pour rien dans le retour de l'hémorrhagie et la cessation des douleurs, puisque ce résultat avait été obtenu avant leur emploi.

L'observation suivante appartient au docteur Joret. Je lui ai donné place ici, parce qu'elle est un exemple d'aménorrhée douloureuse compliquant une ataxie locomotrice et indépendante de cette affection. J'ai pu d'ailleurs m'assurer auprès de la malade de l'exactitude des faits racontés par notre confrère.

Obs. VI. *Aménorrhée datant d'un an guérie par l'apiol dans un cas d'ataxie locomotrice progressive, traitée inutilement par les pilules au nitrate d'argent, l'électricité et la liqueur de Fowler.* — Mme D*** est âgée de trente-deux ans; elle a été réglée à quatorze ans, s'est mariée à dix-huit, et jusque-là elle s'est toujours bien portée. Son père est mort à soixante-dix ans; c'était un homme vigoureux qui n'avait jamais eu de maladie grave; sa mère est âgée de soixante-cinq ans et se porte parfaitement bien. Trois mois après son mariage, Mme D*** est devenue enceinte; jusqu'au huitième mois, la grossesse a été très-naturelle. A cette époque, elle prit un bain trop chaud, s'y trouva mal et perdit connaissance. On s'empressa de la retirer et de la remettre au lit. Sa syncope se prolongea, et en se réveillant, elle se plaignit de fortes douleurs dans les reins, dans le bas-ventre et dans les aines; elle accusait aussi un violent mal de tête. On croyait à un avortement; il n'eut pas lieu; mais quoique la malade soit restée au lit tout son dernier mois et qu'elle n'ait pas eu de perte, elle accoucha d'un enfant mort-né. Un mois après, Mme D*** se relevait et reprenait les travaux du ménage; trois semaines après, ses règles ont reparu et

coulé comme avant sa grossesse, sans coliques, sans douleurs. Cet état de bien-être n'a duré que peu de temps.

Au bout de quelques mois, les règles ne sont plus revenues que toutes les six ou sept semaines. Elles ont coulé avec moins d'abondance et accompagnées de douleurs dans tous les membres, surtout dans les reins, le bas-ventre et l'estomac. Ces malaises ont amené ensuite des vomissements qui ne duraient pas moins de huit jours, cessaient pendant trois mois, durant lesquels la malade reprenait un peu de santé; puis de trimestriels ils sont devenus mensuels. Cet état s'est continué depuis le 11 janvier 1859 jusqu'au mois de juin 1862. M^me D*** n'avait plus que vingt jours dans le mois pour se reposer; ajoutons à cela qu'elle était complétement aménorrhéique depuis un an.

Ces symptômes maladifs ne sont pas les seuls que M^me D*** m'ait fait connaître quand je l'ai vue pour la première fois. Il n'y avait pas là une simple aménorrhée. Depuis quatre mois, la malade éprouvait tous les caractères d'une ataxie locomotrice progressive. Elle avait ressenti dans les orteils, la plante des pieds, les jambes et les cuisses, des douleurs fulgurantes, qui ont amené plus tard une paralysie de la sensibilité et de la motilité; on la pinçait ou on la piquait: elle ne sentait que dans la partie supérieure des cuisses.

On essayait de la faire marcher et de la tenir seulement sur les pieds; au moindre mouvement qu'on voulait lui faire faire en la tenant par-dessous les bras, elle trébuchait et aurait fait une chute si on ne l'avait pas retenue.

Quant au trone, au col, aux bras et à la tête, ils se mouvaient parfaitement. Je ne dois pas omettre d'ajouter qu'autrefois elle avait eu des troubles dans la vue, et que, depuis dix-huit mois, elle était atteinte d'une incontinence d'urine.

En présence d'accidents aussi graves et aussi multipliés, bien que nous fussions arrivés à l'époque où revenaient autrefois les règles, j'hésitais à employer l'apiol. Cependant, sur l'insistance de la malade, je lui en fis prendre le 19 juillet deux capsules; le 20, trois capsules; le 21, quatre capsules. Les deux premiers jours, elle en a vomi quatre sur cinq; le troisième, elle les a toutes gardées, et le mari est venu m'apprendre que le flux menstruel était revenu avec de fortes coliques et un faible écoulement de sang. Il n'y eut rien de changé dans l'état général; les vomissements continuèrent, l'ataxie locomotrice progressa et la malade ne quitta plus le lit. Ce n'est qu'en la portant sur un fauteuil, où elle demeure deux ou trois heures, qu'on parvient à la changer.

En août et septembre, nous continuâmes l'emploi de l'apiol ; les règles reparurent avec plus d'abondance, mais toujours avec des tranchées utérines ; elles durèrent trois jours chaque fois. Au mois d'octobre, les vomissements étant revenus plus forts que jamais, nous avions cessé l'usage de l'apiol, et les règles ne parurent pas. Au mois de novembre, on en recommença l'emploi, et la menstruation reparut.

Ainsi, dans cette observation, il est bien constaté qu'une aménorrhée d'un an a disparu trois fois sous l'influence de l'apiol, et que, la seule fois (en octobre) où la menstruation ne s'est pas montrée, c'est celle où nous avions cessé cette médication par des raisons que nous allons exposer.

Mme D*** me paraissait dans un état si inquiétant que j'ai cru devoir appeler en consultation mon très-honorable et savant confrère M. le docteur Marrotte, médecin de la Pitié, dans le service duquel j'avais pu observer plusieurs cas de ce genre de maladie. Le 16 septembre, nous nous sommes trouvés ensemble chez la malade, et après un examen aussi complet que possible, qui constatait, dans tous ses points, la gravité de l'ataxie que j'avais reconnue, il fut décidé que la malade serait soumise au traitement par les pilules au nitrate d'argent, à la dose de 1 centigramme, et aux bains électriques tous les deux jours, pendant une durée de vingt minutes.

Durant sept semaines, elle a pris soixante-seize pilules et elle a continué l'usage de l'électricité.

Du 28 novembre au 10 décembre, la malade a cessé ses médications ; son appétit est revenu, et sa santé s'est sensiblement améliorée, mais les symptômes d'ataxie n'ont subi aucune modification favorable. Nous l'avons laissée plusieurs jours encore au repos absolu ; le 14 décembre, sur le conseil de notre savant confrère, nous avons remplacé les pilules de nitrate d'argent par la liqueur de Fowler, à la dose de dix gouttes tous les jours. Au moment où j'écris, j'ai doublé la dose et continué les bains électriques.

Pas de changement dans cette ataxie locomotrice, qui progresse au lieu de décliner.

*C.* Dysménorrhées simples. — Les observations suivantes (VII et VIII) servent en quelque sorte de transition entre la série précédente et celle-ci. — A la dysménorrhée habituelle s'est joint un retard accidentel des règles.

Obs. VII. La femme de chambre de Mme G***, jeune fille de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, s'étant plainte à

moi, un jour que je visitais sa maîtresse, d'être en retard de ses règles, et d'en éprouver les prodromes, ajoutant que celles-ci étaient habituellement peu abondantes et très-douloureuses, je prescrivis trois capsules d'apiol à prendre dans la journée. Dès le soir même, les coliques étaient calmées, et le sang coulait avec plus d'abondance que de coutume.

Obs. VIII. Mlle Fl***, âgée de trente-huit ans, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est habituellement dyspeptique et un peu anémique. Les règles sont régulières mais décolorées; elles durent quatre à cinq jours; mais pendant les deux ou trois premiers, elles s'accompagnent de douleurs vives. Le fer et les amers ont notablement amélioré la dyspepsie et donné de la couleur aux règles, mais n'ont pas suspendu les douleurs.

Le 2 avril 1863, Mlle Fl*** me pria de la voir, parce qu'elle avait perdu l'appétit, et qu'elle avait de la diarrhée depuis cinq ou six jours. La diarrhée était bilieuse; il y avait de la fièvre le soir, et les urines étaient rouges et sédimenteuses. Deux purgatifs (manne), des boissons délayantes et la diète dissipèrent promptement l'état bilieux, et la malade, mise progressivement à l'usage des soupes maigres, des légumes, des fruits et des viandes blanches, se rétablit, et put reprendre le fer et les amers.

Mais la maladie intercurrente avait retardé les règles de quinze jours, et le 15 ou le 16 avril parurent des douleurs de reins, de la leucorrhée, et un état de malaise général et d'agacement. Dans ces conditions, je donnai l'apiol (une capsule matin et soir), et après la troisième, les règles coulèrent sans douleur et plus abondantes que de coutume.

Le médicament fut employé aux époques menstruelles suivantes, et fit cesser la dysménorrhée.

*(La fin au prochain numéro.)*

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

### Réflexions pratiques sur les fractures chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Les fractures, ou solutions de continuité des os, qui s'observent dans l'enfance presque aussi souvent qu'aux autres âges de la vie, se divisent, comme chez les adultes et les vieillards, en fractures directes ou indirectes, fractures du corps de l'os, de ses extrémités,

et en fractures intra-articulaires. Elles peuvent être transversales, obliques, longitudinales, simples, compliquées et comminutives.

Nous n'avons pas encore observé la fracture en coin décrite par M. Gosselin, et, si elle existe chez l'enfant, elle doit être moins fréquente que chez l'adulte.

Mais les os des enfants, n'étant pas arrivés à une entière ossification, nous présentent une variété de fracture, celle dite *incomplète*.

Nous comprenons sous ce nom deux états qui diffèrent au point de vue anatomo-pathologique; dans l'un, l'os se courbe et se rompt à la manière d'une baguette de bois vert, c'est-à-dire qu'il est brisé dans une moitié seulement de son cylindre; dans l'autre, il est entièrement fracturé, et cependant la fracture reste incomplète. C'est que le périoste, plus ou moins complétement conservé, retient les fragments dans leur position respective, que le système musculaire, trop faible chez l'enfant, ne pourra détruire seul, tant que des violences extérieures ou des manœuvres maladroites n'achèveront pas de rompre l'os, ou ne déchireront pas la partie du périoste qui maintient les fragments.

On comprend déjà toute l'importance de ce fait. La fréquence des fractures incomplètes chez les enfants explique la rareté relative du chevauchement et des changements de rapport entre les surfaces fracturées, condition éminemment favorable à la rapidité et à la régularité de la consolidation que nous sommes habitués à rencontrer chez les jeunes sujets.

Une longue pratique nous a appris que les enfants subissent tout aussi souvent des fractures que les vieillards.

L'étude comparée des causes prédisposantes rend assez bien compte de cette égalité de fréquence. Ainsi, au point de vue de la texture des os, nous trouvons une analogie importante aux deux périodes extrêmes de la vie. Chez les enfants comme chez les vieillards, le canal médullaire des os longs est plus large, et les parois de la diaphyse sont plus minces; mais, tandis que chez les vieillards le tissu osseux est sec et fragile, il est mou et flexible chez les enfants.

Les propriétés physiques des os de ces derniers sembleraient devoir leur donner plus de résistance aux causes fracturantes; il n'en est rien cependant, car l'expérience démontre que les os des enfants, malgré leur souplesse, ne peuvent être fléchis sans se rompre que dans une étendue fort restreinte.

Une autre cause prédisposante commune aux enfants et aux

vieillards se trouve dans l'état de la force musculaire. Chez les uns comme chez les autres, en effet, les muscles sont faibles ; les sujets les plus exposés à faire des chutes, et par cela même à se fracturer, sont donc les enfants et les vieillards, parce qu'ils ne savent se retenir ni les uns ni les autres, ils se laissent aller dans les chutes qu'ils font ou ne peuvent résister aux violences extérieures.

Au contraire chez les adultes, les masses musculaires peuvent amortir davantage les causes directes. Ils peuvent, d'une part, se contracter pour se retenir ; mais, en contractant leurs muscles, s'ils évitent certaines chutes, ils peuvent aussi déterminer certaines fractures.

Aussi les chutes amènent-elles plus souvent, chez eux, des accidents que chez les enfants et les vieillards qui se laissent tomber ; comme les sujets paralysés qui peuvent, en se laissant aller, éviter certaines fractures.

Il est à remarquer aussi que la plupart des accidents frappent des enfants ou des vieillards ; cela tient à la témérité des uns, qui méconnaissent les dangers, et à l'irréflexion des autres, qui, oubliant que les années ont diminué leurs forces et ralenti leur marche, traversent les rues au milieu des voitures qui s'entre-croisent.

Parmi les causes prédisposantes spéciales à l'enfance, nous devons signaler le rachitisme qui s'observe souvent chez des enfants très-jeunes, et qui tombent plus que d'autres à cause de leur faiblesse, et chez lesquels le tissu osseux est plus disposé à se rompre.

Nous n'avons pas observé que la scrofule fût une cause prédisposante de fracture, et, en effet, le tissu osseux des scrofuleux offre la même densité et la même solidité que chez les individus sains, tant qu'il n'est pas devenu le siége des manifestations de cette diathèse. En général, toute maladie constitutionnelle ne prédisposera aux fractures qu'autant que le principe morbide aura attaqué le système osseux.

Si nous passons maintenant aux causes déterminantes, nous retrouvons la longue liste des violences que les auteurs classiques ont indiquées pour les adultes. Mais ce sont les chutes que nous devons mettre en première ligne à cause de la marche peu assurée des plus jeunes sujets, des jeux, des courses, des luttes chez les enfants plus avancés en âge.

Relativement aux os fracturés, sur 70 à 80 fractures que nous sommes à même d'observer par an à l'hôpital, nous avons constaté que celles de la cuisse étaient de beaucoup les plus fréquentes ; puis viennent celles de l'avant-bras ; celles du coude et de l'humérus ;

puis celles du tibia seul, quelquefois du péroné; enfin, celles de la clavicule, des côtes et de la mâchoire. Celles de la rotule sont très-rares, nous en avons vu seulement deux cas.

Pour le bras, on rencontre des fractures du corps de l'os; mais souvent la partie inférieure de l'humérus est divisée obliquement ou longitudinalement, de telle sorte que l'épitrochlée et l'épicondyle se trouvent détachées. Ces fractures sont souvent intra-articulaires.

En général, la partie moyenne des os des membres est le siége de la lésion, et nous devons attirer plus spécialement l'attention sur un point relatif à l'avant-bras. Il se fracture de préférence à sa partie moyenne ou à sa partie supérieure. Contrairement à ce qui se passe chez les adultes, on observe plus rarement la fracture de l'extrémité inférieure du radius. La cause de cette inversion de fréquence nous paraît tenir à la manière si différente dont les enfants et les adultes résistent aux violences extérieures. Dans une chute, les adultes tendent instinctivement la main pour se garantir le plus possible (il se produit alors une fracture indirecte du radius à son extrémité inférieure), tandis que les petits enfants se laissent tomber, de sorte que le membre supérieur porte directement sur le sol ou sur un corps dur quelconque, et ainsi la fracture se fait souvent par cause directe et n'intéresse quelquefois que le cubitus seul.

Il faut encore noter que les fractures du col du fémur sont extrêmement rares, et que nous n'avons observé que le décollement épiphysaire de la tête de cet os, et cela très-rarement.

Puisque l'on trouve toutes les variétés de fractures chez l'enfant, il doit présenter, et il présente en effet tous les signes qui dénotent les fractures chez l'adulte. Cependant chez l'enfant elles sautent, pour ainsi dire, moins aux yeux que chez l'adulte et le vieillard, en raison surtout des dimensions moindres des membres et de la rareté plus grande des déformations.

Ceci a surtout lieu dans les fractures incomplètes.

La crépitation manque quelquefois, lorsque l'os est complétement brisé et que le périoste retient les parties fracturées. Si, toutefois, on obtient ce signe, il est plus obscur que dans les fractures complètes. Mais il y a douleur, quelquefois plus ou moins de gonflement, et toujours gêne dans les mouvements du membre et mobilité anomale, car la portion d'os fracturée et retenue par le périoste pourra éprouver une légère flexion plus ou moins marquée.

Dans la fracture compliquée, on peut observer des plaies, même l'issue de fragments, et pourtant avoir affaire à une fracture incomplète. Dans ce cas, le périoste aura été déchiré en plusieurs endroits

par les pointes de l'os brisé, mais il sera encore assez résistant pour maintenir les fragments par quelques points.

Quoi qu'il en soit, dans les fractures simples, il faut chercher le lieu où la douleur est à son maximum; c'est en ce point qu'on peut reconnaître la mobilité et la crépitation.

Mais souvent les enfants crient et se mettent en fureur aussitôt qu'on les touche, et alors il est impossible de se rendre compte de l'influence de la pression sur la douleur. Dans ce cas, nous ne saurions trop recommander d'être sobre de manœuvres exploratrices; car, indépendamment de la fatigue que l'on occasionne au jeune malade, on court le risque de rompre les parties incomplétement divisées, c'est-à-dire de transformer une fracture incomplète en une fracture complète; il vaut mieux rester dans le doute.

On voit combien il est parfois difficile de diagnostiquer une fracture chez l'enfant, car souvent il n'y a pas de déformation, pas de crépitation, par conséquent impossibilité de se rendre un compte exact du siége et de l'intensité de la lésion; aussi, dans bien des cas, y a-t-il examen très-laborieux et souvent incomplet. Ajoutez que, si l'enfant est indocile, l'état ferme et rebondi du tissu cellulaire qui recouvre les parties lésées gêne l'exploration. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et la vue suffit dans beaucoup de cas où il y a difformité, ce qui se rencontre encore assez souvent, ou s'obtient en fléchissant légèrement l'os que l'on suppose atteint.

La fracture étant reconnue, quel en est le pronostic? Nous n'hésitons pas à dire que, lorsqu'elle est simple, elle n'est qu'un accident de peu d'importance. Aussi faut-il, en général, rassurer les parents et leur dire que les fractures à cet âge n'ont rien de comparable à ces mêmes lésions observées chez les adultes et chez les vieillards.

Terme moyen, la consolidation est obtenue en dix-huit ou vingt jours : chez les nouveau-nés, quinze jours suffisent pour que la fracture soit consolidée.

En général, dans les cas simples, lorsque les sujets sont en bonne santé, les fractures se réunissent avec une régularité parfaite, sans raccourcissement apparent, pourvu toutefois que le traitement soit bien dirigé.

Nous recevons souvent la visite de conscrits qui viennent, à l'époque de la révision, réclamer des certificats attestant que nous les avons traités à une époque antérieure, plus ou moins éloignée, pour des fractures de cuisse. Nous ne pouvons, dans beaucoup de cas, constater qu'il y a eu fracture, bien que les registres attestent qu'ils

ont été traités à l'hôpital ; presque tous ces jeunes gens sont reconnus propres au service militaire.

Lorsqu'il y a raccourcissement du fémur, à la levée de l'appareil par exemple, il cesse bientôt d'être apparent, et l'on ne peut s'en assurer que par une mensuration rigoureuse.

D'ailleurs, les individus ne boitent pas longtemps ; ils s'habituent promptement à équilibrer la marche par une déviation compensatrice du bassin.

Nous avons vu une petite fille âgée de quatre ans, qui resta en traitement vingt-cinq jours, en 1858, pour une fracture de cuisse. Il était impossible, en 1860, de retrouver la moindre trace de cette lésion.

Lorsqu'il nous est arrivé de voir des enfants mutilés par les roues des fabriques ou écrasés dans la rue, nous avons pu constater, toutes choses égales d'ailleurs, que les complications offrent moins de danger chez eux qu'aux autres époques de la vie.

Lorsque la fracture est compliquée, qu'il y a nécrose et élimination de séquestres, le travail se fait beaucoup plus vite que chez les adultes.

Y a-t-il complication générale, maladie aiguë, débilité, diarrhée..., etc., alors le travail de consolidation est plus long et le pronostic souvent fâcheux. Un garçon, ayant une fracture de cuisse, meurt de la variole trente jours après l'accident qui avait déterminé la solution de continuité : il n'y avait pas à l'autopsie le moindre commencement de consolidation. Si la fracture a lieu chez un scrofuleux qui n'a pas de manifestations diathésiques dans ce moment, le pronostic ne sera pas plus défavorable que chez un autre ; dans le cas contraire, surtout si le système osseux est attaqué, le pronostic sera grave.

Quant aux rachitiques, ils peuvent arriver très-vite à la consolidation. On voit le cal, chez eux, se former aussi promptement que chez les meilleures constitutions ; quelquefois, au contraire, le rachitisme retarde beaucoup la soudure des os. Cette différence nous semble tenir au degré de l'affection. Si la fracture surprend le malade dans la dernière période du rachitisme, le cal se formera rapidement, comme chez les enfants bien portants, tandis que la consolidation pourra se faire attendre un temps indéfini, si le rachitisme est à son début, à la première ou à la seconde période.

De même que chez les adultes, on voit quelquefois chez les jeunes sujets des fractures qui ne se consolident pas, sans que l'on puisse en découvrir la cause. Nous avons eu dans nos salles une petite fille

qui a subi l'amputation de la jambe pour une pseudarthrose. Nous avons fait, comme on doit le penser, de nombreuses tentatives avant d'en venir à ce moyen extrême. Nous avons essayé les appareils inamovibles, les cautères sous forme d'aiguilles rougies à blanc, introduites entre les extrémités osseuses non consolidées, les sétons, les ruginations des extrémités osseuses, la perforation des extrémités des os par la méthode de M. Brainard (de l'Illinois). Ces opérations graves ont été faites sans accidents, mais aussi sans résultats. Nous avons pour ainsi dire forcé cette enfant à marcher avec une jambe mécanique pendant deux ou trois ans. Au bout de ce terme, la malade, fatiguée de l'appareil, ainsi que les parents, ont demandé l'amputation de la jambe; elle a été pratiquée avec succès, elle marche très-bien avec une jambe de bois. (C'est la malade que nous avons présentée à la Société de chirurgie, et dont M. Bouchut a cité le cas dans son ouvrage.)

Le traitement des fractures dans l'enfance peut être chirurgical, hygiénique et médical.

Pour le traitement chirurgical, il peut se présenter trois cas : la fracture est douteuse, elle est simple ou compliquée.

Nous savons que l'on peut méconnaître une fracture lorsque, celle-ci étant incomplète, on ne trouve ni déformation, ni crépitation ; lorsqu'étant voisine d'une articulation, on ne saisit pas bien la mobilité anomale ; lorsque, dans une jambe ou un avant-bras, un seul des deux os est fracturé et que l'autre lui sert de point d'appui ; ou bien enfin quand, le chirurgien étant appelé trop tard, un gonflement considérable est survenu.

Notre avis est qu'on doit agir comme s'il y avait fracture, mettre un appareil contentif d'abord et employer les moyens propres à faire disparaître le gonflement, s'il y en a.

Il n'y a pas d'inconvénient à mettre l'appareil ; en effet, quelques jours après le chirurgien peut examiner le membre et porter son diagnostic avec précision.

Y a-t-il fracture, il continue ce qu'il a commencé. Avait-on affaire à une simple contusion, à de la tuméfaction, le malade a gardé un bandage qui ne serait même pas inutile dans ce cas, puisque la compression modérée n'a pu qu'aider à faire disparaître plus tôt cette tuméfaction.

Quoi qu'il en soit, on doit se contenter des signes indispensables au diagnostic des fractures et ne pas chercher à les constater tous ; car, outre les dangers dont nous avons déjà parlé, on irrite et on fait souffrir le petit malade par des mouvements trop répétés.

La fracture étant reconnue, on la réduit comme chez les adultes, et souvent plus facilement ; et c'est ici le lieu d'examiner si l'on peut traiter les fractures des enfants par la position seule, et si l'on doit appliquer les appareils de bonne heure.

L'indocilité des enfants ne permet que rarement l'exclusion d'un appareil.

L'usage des appareils contentifs nous paraît utile dans presque tous les cas. Les enfants, en effet, ne tenant en général aucun compte de ce qu'on leur dit, se remuent, s'agitent, malgré la douleur que provoquent les mouvements, et s'exposent ainsi, entre autres accidents, à rompre les adhérences qui maintiendraient encore les rapports des surfaces fracturées.

De plus, comme il n'est pas rare de voir survenir chez eux des convulsions à la suite des fractures, et même, dans des cas rares, il est vrai, le tétanos, lorsqu'elles sont accompagnées de plaies, on se trouvera toujours bien de ne pas traiter ces fractures par la position seulement, mais bien d'immobiliser les fragments.

Ainsi l'application des appareils sera constamment avantageuse, même appliqués le plus tôt possible, ne fût-ce que pour prévenir des accidents, tranquilliser les parents, et donner de la sécurité au chirurgien.

Mais faut-il appliquer les appareils immédiatement après l'accident ou bien temporiser ?

Dupuytren les appliquait le plus tôt possible, pour éviter les accidents dont nous venons de parler, et pour rassurer au plus vite les malades ayant l'âge de raison, qui n'attendent pas sans appréhension l'application d'un appareil. Mais il n'exerçait d'abord qu'une constriction modérée, et il n'hésitait pas à lever le soir un appareil qu'il avait appliqué le matin et dont le malade se plaignait. Il faisait à l'hôpital tous les jours une visite du soir, très-souvent pour voir les malades auxquels il avait appliqué un appareil le matin.

Lisfranc, au contraire, ne mettait ses bandages qu'au bout de quelques jours et appliquait, pendant ces quelques jours, des réfrigérants et des émollients.

Nous sommes de l'avis de Dupuytren, et à moins d'indications spéciales, nous pensons qu'il est au moins prudent de maintenir de suite les fractures chez les jeunes sujets, surtout en appliquant des appareils très-peu serrés.

Le traitement des fractures compliquées est le même que pour les adultes. S'il y a contusion et que celle-ci soit peu intense, on applique immédiatement l'appareil, en ayant soin de peu le serrer. Si la tumé-

faction était considérable, on pourrait modifier l'appareil en supprimant une ou deux attelles, en ayant soin de donner au membre une position régulière et de le recouvrir de compresses imbibées de liqueurs résolutives ou d'eau froide.

Quand la fracture se complique de plaie, il faut d'abord combattre l'inflammation par des moyens appropriés, l'eau froide principalement, et appliquer l'appareil modifié en laissant la plaie à découvert, que ce soit celui de Scultet ou de Seutin; on fera sur la plaie un pansement simple, qu'on lèvera chaque jour pour remplacer les linges souillés par le pus.

Lorsqu'il existe de grandes mutilations, nous employons de préférence à tout autre moyen les irrigations continues, que nous avons soin de supprimer graduellement, car nous avons tout lieu de redouter la suppression brusque des réfrigérants appliqués sur les plaies de nos jeunes malades. Il est à remarquer que les plus grandes mutilations guérissent mieux que chez les adultes.

Il reste à traiter la question très-grave de savoir quand la fracture réclame l'amputation.

On sait que chez les adultes il y a nécessité de la pratiquer quand l'articulation est largement ouverte, quand il y a écrasement du membre et fractures multiples; quand une plaie large, communiquant avec le foyer de la fracture, peut occasionner une longue suppuration et par suite épuiser le malade; quand, avant même que les accidents inflammatoires aient eu le temps de se déclarer, la gangrène survient dans une grande étendue.

Chez les enfants on suivra les mêmes indications, et dans le cas où l'on pourrait redouter une terminaison funeste, il y aura moins d'hésitation à avoir que pour les adultes, les amputations réussissant infiniment mieux chez nos petits malades.

Nous avons souvent eu à regretter de ne pas nous être décidé promptement à des amputations dans certains cas de broiement d'un membre. Les amputations tardives ne nous ont pas réussi; en un mot, quand il y a indication d'amputer, nous préférons les amputations primitives que consécutives aux accidents; c'était l'opinion de Dupuytren.

Nous faisons une exception pour les écrasements des doigts et des orteils. Dans certains cas, nous nous sommes très-bien trouvé des irrigations froides, en les prolongeant jusqu'à la séparation complète des parties broyées au point de se sphacéler. Nous avons conservé ainsi des portions de doigts qui ont encore pu rendre des services. *(La fin au prochain numéro.)*

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Remarques sur le laudanum de Rousseau.

Par M. E. Marchand.

La formule du laudanum de Rousseau, telle qu'elle est inscrite au Codex de 1837, doit-elle être maintenue dans la nouvelle édition du formulaire officiel? Cette question est fort controversée, et plusieurs pharmaciens distingués, M. Gobley entre autres, ont demandé le retour à la formule de Baumé, adoptée par l'édition du *Codex* de 1818, et par M. Guibourt dans sa *Pharmacopée raisonnée*. La différence existant entre les deux formules consiste, chacun le sait, à utiliser dans le premier cas, ainsi que le voulait l'abbé Rousseau, l'inventeur du médicament, l'alcool retiré, par la distillation, de la liqueur opiacée après sa fermentation, et dans le second cas, à remplacer l'alcool chargé des principes volatils de l'opium par de l'alcool ordinaire.

Ayant eu tout récemment à préparer ce précieux médicament, je me suis préoccupé de la question soulevée à nouveau, et je suis arrivé à cette conclusion que la formule du Codex actuellement en vigueur doit être conservée, mais avec quelques légères modifications dans le détail du *modus operandi*, que je vais exposer dans un instant.

Mais avant tout je ne puis m'empêcher de rappeler ici les intéressantes et judicieuses observations présentées par M. Blondeau à la Société de pharmacie, dans sa séance du 15 mars 1828. Cet honorable et habile confrère appela justement, alors, l'attention de la Société sur la variabilité des effets produits par le médicament dont je m'occupe, et il proposa une formule rationnelle qui conduit à l'obtention d'un laudanum ressemblant beaucoup à celui de l'abbé Rousseau, et possédant comme celui-ci les qualités qui le font employer quelquefois préférablement au laudanum de Sydenham.

Je dois rappeler aussi que M. Guibourt, au même moment, exprima cette pensée, que, dans la formule du Codex qui était alors en vigueur, on avait eu raison de supprimer le produit distillé sur l'opium, attendu, disait-il, « qu'il est prouvé que l'eau distillée d'opium *est très-excitante*, et que l'opium qui a été privé de ses principes volatils par une légère torréfaction est beaucoup plus calmant que l'autre. »

Les rédacteurs du Codex de 1837, bien inspirés, ce me semble, donnèrent raison à M. Blondeau : ils adoptèrent sa formule et son mode d'opérer, mais avec une légère variante, malheureuse par ses

conséquences, puisqu'elle conduit fatalement à l'obtention d'un produit inconstant dans sa nature comme dans ses qualités physiques, et sans doute aussi dans ses propriétés thérapeutiques.

M. Blondeau, en publiant ses observations, disait : « *Lorsqu'elle est terminée* (la fermentation), je retire de l'étuve, je passe au travers d'un blanchet, et je distille pour retirer l'alcool. » Le Codex, à son tour, s'est exprimé de cette façon : « Laissez digérer dans un lieu dont la température soit d'environ 30 degrés, *pendant un mois* AU MOINS, jusqu'à ce que la fermentation soit terminée. Passez avec expression, filtrez, distillez, etc. »

Or, tous les pharmaciens savent que les liqueurs hydralcooliques chargées de matières organiques avides d'oxygène, quand elles restent au contact de l'air par une température supérieure à 20 degrés, subissent facilement ce que l'on appelle la fermentation acétique. Aussi le laudanum préparé en suivant avec soin le procédé du Codex est-il toujours doué d'une odeur de vinaigre qui, dans chaque préparation, varie d'intensité, et n'a d'ailleurs rien d'agréable. Il doit en être ainsi, car la fermentation du miel, bien dirigée, n'exige que quelques jours pour s'accomplir et se terminer; et, lorsqu'elle est achevée, la transformation en vinaigre de l'alcool produit s'accomplit dans des rapports d'autant plus intenses que la durée de l'exposition du liquide fermenté au contact de l'air se trouve prolongée plus longtemps.

Quand, au contraire, la fermentation marche convenablement et que l'on soumet à la distillation le produit qui l'a subie, aussitôt qu'elle est terminée, on obtient toujours un liquide alcoolique doué d'une bonne odeur, et aussi plus riche en alcool, puisque la transformation de celui-ci en acide acétique n'a pu s'effectuer.

Guidé par ces considérations, voici le mode d'opérer que j'ai adopté :

Conservant les rapports établis par le Codex entre les proportions d'opium, de miel et d'eau, j'ai délayé l'opium et le miel, ainsi que le ferment, dans de l'eau chauffée à 32 degrés centigrades, mais j'ai pris le soin de doubler la proportion de celui-ci, parce que j'ai trouvé que les 8 grammes indiqués par le formulaire officiel étaient insuffisants pour imprimer promptement toute son énergie au mouvement tumultueux de la fermentation. Ensuite, et après avoir fermé incomplétement le vase contenant ce mélange, de manière que l'acide carbonique produit pût se dégager en courant continu, et mettre obstacle à la rentrée de l'air atmosphérique, dont l'action comburante était à redouter, je plongeai ce vase dans un *bain-*

*marie chauffé à 30 degrés et maintenu constamment à cette température jusqu'à ce que la fermentation fût achevée.* Ce résultat fut atteint le cinquième jour. *Je m'empressai alors d'achever la préparation,* en me conformant pour le surplus de l'opération aux préceptes posés par le Codex. A la troisième distillation, j'obtins 140 grammes d'une liqueur ayant une densité de 875 et contenant par conséquent 0,76 de son volume d'alcool. Cette liqueur, mélangée au résidu de la distillation convenablement évaporé, m'a donné un médicament doué d'une odeur caractéristique remarquable par sa suavité, et rappelant un peu celle de l'opium alliée à celle d'un vin généreux, mais sans mélange de vinaigre. Ce produit est susceptible assurément d'une bonne conservation, puisqu'il contient au moins les 18 centièmes de son volume d'alcool absolu.

Sans doute la série de distillations successives recommandée par M. Blondeau et par le Codex actuel constitue un embarras, et il serait fort commode de s'en affranchir ; mais peut-on être guidé par une semblable considération ?... Et, d'un autre côté, nous appartient-il, à nous pharmaciens, de modifier les qualités thérapeutiques d'un médicament adopté depuis plus d'un siècle par la pratique médicale, et choisi par elle, dans certaines circonstances, à cause de ses propriétés spéciales ?... Je ne le pense pas.

Si, comme on l'assure, les principes actifs de l'opium sont doués de propriétés stimulantes, et je le crois, il ne s'ensuit pas qu'ils soient dépourvus de propriétés sédatives ; mais, quand cela serait, il ne nous appartiendrait pas, je vais plus loin, il serait inopportun de les enlever au laudanum de Rousseau, qui doit les contenir, et qui n'a sans doute sa valeur spécifique que par eux.

A cet égard, je forme des vœux pour que les savants rédacteurs du nouveau Codex partagent cette opinion. Il est une autre considération qui me fait espérer qu'il en sera ainsi :

Si la fermentation du miel est bien et convenablement conduite jusqu'à sa terminaison, et si l'on perd l'alcool qui en est le produit pour le remplacer par de l'alcool ordinaire (Dieu sait quels sont les alcools que le commerce nous livre aujourd'hui !), rien n'empêchera, comme on ne le fait que trop souvent déjà, de remplacer le laudanum en question par une teinture hydralcoolique d'opium, dont il ne sera pas toujours facile de le distinguer lorsque la substitution sera faite par un falsificateur habile et instruit. Or, qui pourrait aujourd'hui assurer que la fermentaton ne fait pas subir aux principes actifs de l'opium, ou au moins à quelques-uns d'entre eux, des modifications spéciales exerçant une action particulière sur

la valeur et la nature de leurs propriétés ? et si le signe d'une bonne et loyale préparation se trouve dans la conservation de l'alcoolat, chargé des principes volatils de l'opium, cette conservation me paraît devoir être maintenue.

En résumé, je propose de préparer le laudanum de Rousseau par une fermentation accélérée, autant que possible en dehors de l'influence de l'air atmosphérique, sous l'action d'une double proportion de levûre de bière, en maintenant le mélange à la température *constante* de 30 degrés centigrades (soit dans une étuve, soit dans un bain-marie) aussi longtemps que cela est nécessaire, puis de terminer l'opération en procédant à la distillation *aussitôt que cette fermentation est achevée,* et en mélangeant l'alcoolat d'opium obtenu et bien rectifié avec le résidu de la distillation convenablement concentré.

La différence existant entre ce mode opératoire et celui du Codex actuel peut *à priori* paraître peu importante ; mais en y réfléchissant on trouvera qu'elle est considérable par ses résultats généraux, et que la légère modification que je propose assure mieux les bonnes qualités du médicament.

---

**Un mot sur le vin de quinquina des familles.**

La Rochefoucauld a dit : «L'économie d'une chose est le premier gagné.» Cette maxime est vraie, sa mise en pratique est louable, mais il ne faut pas qu'elle soit poussée jusqu'à l'abus ; et l'abus a souvent lieu en médecine, car chaque jour nous voyons des personnes qui étalent un très-grand luxe préparer elles-mêmes, dans un but d'économie, les médicaments qui leur sont prescrits ; c'est qu'en France la prodigalité et la lésinerie se donnent la main. En voici un exemple :

Une dame du grand monde disait dernièrement à une de ses amies qu'elle préparait elle-même son vin de quinquina, parce qu'il lui coûtait beaucoup moins cher que celui qu'elle achetait chez le pharmacien ; elle ajoutait : « Votre docteur en a conseillé l'usage à votre fille, je vous en remettrai la recette, elle est très-bonne, c'est une célébrité médicale qui me l'a donnée. » Voici cette formule :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Quinquina grossièrement pilé........ | 15 grammes. |
| | Vin rouge de Bordeaux.............. | 1 litre 1/2. |

faites bouillir une demi-heure, laissez en macération à froid six à huit jours, agitez de temps en temps ; après ce, filtrez au papier ; conservez pour l'usage.

Que pensez-vous, thérapeutistes, de ce médicament? Si vous n'en obtenez pas les effets désirés, vons changerez de médication, car votre cliente se donnera bien garde de vous avouer sa parcimonie : elle en aurait honte, etavec juste raison.

Il y a quelques jours, on nous a prié d'examiner du vin de quinquina qu'on avait scrupuleusement préparé selon le Codex ; ce vin n'avait qu'une très-faible amertume; quelle en était la cause? Evidemment elle ne pouvait tenir qu'à la qualité du quinquina. On nous avoua que cette écorce avait été achetée chez un herboriste, parce qu'il y avait une différence d'un tiers en moins sur le prix du quinquina vendu par le pharmacien.

On a bien voulu nous remettre 200 grammes de cette même écorce, nous l'avons comparée avec celle de notre officine; il existait une différence notable dans la saveur; il était facile de reconnaître que cette substance avait été épuisée; pour nous en convaincre nous l'avons traité par l'eau et par l'alcool, nous avons comparé le poids des extraits obtenus avec les produits d'un bon quinquina; cette différence était telle qu'on ne pouvait espérer obtenir *un vin* ayant les propriétés thérapeutique voulues.

Nous signalons ce fait, il peut servir aux médecins praticiens.

Stanislas Martin.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Remarques sur un cas de chorée traitée par les inhalations de chloroforme.

Mon cher Confrère,

Après avoir pas mal étudié certaines maladies du système nerveux, et avoir beaucoup réfléchi sur ce côté si obscur de la pathologie humaine, je suis resté convaincu qu'on ne parviendra à faire pénétrer quelque lumière dans cette partie de la vie morbide qu'en analysant non-seulement les phénomènes actuels par lesquels se traduit à l'observation le mode pathologique qu'on a actuellement sous les yeux, mais en remontant, si je puis ainsi dire, le courant de la vie passée des malades, et en y saisissant tous les troubles nerveux dont elle a été successivement accidentée. M. Pidoux, dans son style fortement figuré, mais traduisant quelquefois sous sa métaphore des idées profondément vraies, a dit quelque part qu'il faut souvent plusieurs générations pour faire une maladie. On ne

saurait trop méditer cette vérité, qui tend à ôter à la thérapeutique ce qu'elle transporte à l'hygiène pour combattre les imminences morbides, alors que la maladie, qui tend de plus en plus à se réaliser dans la famille, n'est encore qu'à l'état d'ébauche pathologique. A côté de cette question s'en pose encore une autre qui n'a pas moins d'importance, c'est celle des transformations morbides, et des lois qui les gouvernent. Mon fils Paul, que vous connaissez, et auquel vous voulez bien accorder une bienveillance dont il sent tout le prix, s'efforcera, dans la spécialité à laquelle je le destine, de suivre cet ordre d'études : voici une observation qu'il a recueillie dans le service de mon ancien condisciple, M. Vernois ; j'ai pensé que, commentée par le père, l'observation du fils ne manquerait pas d'un certain intérêt.

Louise X***, délicate et impressionnable, a pourtant joui d'une assez bonne santé jusqu'à dix-sept ans. Sa mère et sa sœur sont mortes phthisiques. A dix-sept ans apparaît la menstruation, qui est aussitôt supprimée. Cette fonction reparaîtra et disparaîtra successivement, suivant l'état de santé générale de la jeune fille. Aussi bien ne reviendrons-nous pas sur ce point. A dix-sept ans encore, pleurésie gauche avec épanchement : plusieurs applications de ventouses scarifiées ; à la suite, état anémique. A vingt ans, mort de la sœur, émotion vive, épigastralgie, rachialgie, etc.; quinze jours après la perte de sa sœur, première attaque hystérique convulsive, laquelle s'est répétée tous les jours pendant trois mois, deux fois par jour pendant trois autres mois, et trois à quatre fois par jour pendant plusieurs mois.

A vingt et un ans, elle est à Necker, dans le service de M. Guillot, lorsqu'à la suite d'une attaque, il survient des mouvements convulsifs continuels des quatre membres et de la tête. Ces mouvements disparaissent complétement pendant le sommeil. Après avoir essayé de tous les traitements possibles, on fait huit applications de ventouses scarifiées au rachis pendant huit jours, une par jour : les convulsions disparaissent. Sortie de l'hôpital en bon état.

Un mois après, contrariété, réapparition des mouvements convulsifs, mais du côté gauche seulement ; huit applications de ventouses scarifiées en quinze jours. Seconde sortie de l'hospice en bon état.

Deux mois de bonne santé ; nouvelle contrariété : convulsions, mais du côté droit. La malade entre dans le service de M. Piorry, elle est traitée par les anesthésiques. Un mois de ce traitement : pas le moindre soulagement. La malade sort de l'hôpital.

Quelques applications de ventouses scarifiées sont faites à Necker, mais sans beaucoup de suite. Amélioration seulement.

Trois mois après, entrée à la Charité dans le service de M. Briquet. Voici le portrait que trace de cette jeune fille, dans son beau *Traité de l'hystérie*, l'ancien médecin de la Charité, et c'est d'après ce médecin distingué, qu'a été rédigé le résumé des antécédents de la malade, que nous présentons ici. « C'était, dit M. Briquet, une jeune fille d'une constitution lymphatico-sanguine, douée d'un certain embonpoint, ayant la peau blanche, la face d'une teinte rosée, les cheveux bruns, les chairs assez molles, les veines sous-cutanées non apparentes, le pouls médiocrement fort et fréquent, assez de vivacité dans le caractère ; elle avait alors une forte céphalalgie et des hyperesthésies très-violentes à l'épigastre, au côté gauche et le long de la gouttière vertébrale gauche. Les membres supérieurs et inférieurs droits étaient dans un mouvement continuel et régulier de flexion et d'extension, qui durait toute la journée ; lorsqu'elle voulait mouvoir ses membres, ils étaient agités par un mouvement choréique intense (1). » Après l'essai de diverses médications M. Briquet en arrive, malgré lui, et sur les instances de la malade, à l'emploi des ventouses scarifiées. Dix applications en six semaines, qui ramènent la jeune fille à un état de santé satisfaisant. Trois mois de bonne santé ; rechute ; retour à l'hôpital dans le service de M. Briquet ; emploi de toutes sortes de moyens pour améliorer l'état de la malade. Enfin nécessité d'en revenir aux ventouses scarifiées. Onze applications sont faites en six semaines tant le long du rachis qu'à la vulve ; amélioration, malgré une grande faiblesse de la malade. A la onzième application de ventouses, les convulsions cessent et ne reparaissent pas, et Louise X*** sort de l'hôpital ayant déjà repris des forces et des couleurs. Un mois après, l'amélioration s'était maintenue, bien que l'état hystérique ne fût pas dissipé.

Enfin cette jeune fille, dont nous venons de retracer la vie morbide si tristement accidentée, nous la retrouvons, à la fin de l'hiver 1863, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Vernois. Elle n'est pas trop amaigrie, mais assez pâle et paraît fortement anémique. Elle ne prend aucun aliment qu'elle ne le vomisse, et son goût en matière de nourriture est assez dépravé. Avec cela, un mouvement convulsif choréique intense l'agite continuellement. Notons encore un état moral assez satisfaisaut ; un caractère enjoué, mais inégal :

---

(1) Briquet, *Traité de l'hystérie*, p. 642.

aujourd'hui rieuse, expansive, se moquant de son tremblement continuel et rencontrant parfois les mots les plus heureux, Louise se montrera demain péniblement affectée. Tel fut, pendant son séjour à l'hôpital Necker, dans le service de M. Vernois, l'état général de cette intéressante malade.

Bien qu'elle nous eût raconté l'effet heureux que les ventouses scarifiées avaient eu sur la marche de sa maladie, M. Vernois ne jugea pas opportun de faire perdre à la malade une nouvelle quantité de sang. Son état évidemment anémique, comme je l'ai dit plus haut, ne permettait pas de penser à cette médication : on essaya du chloroforme. Sous l'influence de ce moyen, le tremblement disparaissait pour reparaître le lendemain. Chaque fois que revenait le mouvement choréique, le chloroforme était employé et, comme je l'ai déjà dit, les matinées où l'on chloroformait la malade étaient suivies d'un calme complet pendant tout le reste du jour. Puis il arriva que, sous l'influence de l'anesthésique donné au retour du tremblement, ce ne fut pas seulement pendant le reste du jour que la malade jouit d'un calme complet, mais encore pendant la journée du lendemain. L'agitation choréique ne revenait donc plus que de deux jours l'un, et les choses demeurèrent en cet état pendant un assez long temps. Je demeurai frappé de ce fait, que l'emploi du chloroforme avait non-seulement fait cesser les convulsions, mais encore éloigné le retour de cet accident. Comment le chloroforme employé dans les mêmes circonstances et aux mêmes doses avait-il fini par produire plus qu'il ne produisait d'abord, à savoir l'éloignement du tremblement. Y avait-il là une modification spéciale exercée sur la cause de la maladie ou une habitude morbide simplement rompue? Ces deux causes agissaient-elles à la fois? Quoi qu'il en fût, un fait restait certain, c'était que, par l'introduction du chloroforme dans l'économie, le tremblement choréique cessait. Je me demandai alors si, en chloroformisant la malade dans les intervalles de repos qu'on avait déjà obtenus, on ne préviendrait pas le retour des convulsions. Je soumis cette idée à M. Vernois, qui, avec sa bienveillance accoutumée, voulut bien diriger le traitement dans le sens que j'ai dit. La malade fut chloroformisée tous les deux jours, en ayant soin de choisir pour point de départ un jour de calme; et sous l'influence de la méthode anesthésique ainsi modifié six ou sept jours se passèrent sans convulsions. L'appétit revint un peu, et l'état moral était excellent, quand le tremblement reparut, peut-être plus accentué qu'auparavant. Abandon du chloroforme pendant deux ou trois jours. Chloroformisation nouvelle, qui

fait cesser le tremblement, comme cela avait toujours eu lieu depuis le commencement de la maladie, et la malade sort de l'hôpital vers le milieu d'avril, dans un état d'amélioration évident qui, je crois, n'a pas encore cessé.

Quelle a été ici l'action du chloroforme ? a-t-il rompu l'habitude morbide et, dans ce cas, agirait-il de la même façon que l'immobilisation forcée, la gymnastique et surtout les courses, les travaux manuels en plein air, qui ont de plus l'avantage de placer les choréiques dans des conditions de reconstitution organique dont ils ont tant besoin, et que M. Vernois conseillait par-dessus tout à la malade qui fait le sujet de cette observation, en joignant encore à ce conseil la prescription de douches d'eau froide le long du rachis ?

Si nous prenons au contraire l'hypothèse d'une action, je dirai presque spécifique, du chloroforme sur le principe morbide, comment pourra-t-on expliquer par cette action les faits que nous avons observés ?

Trois hypothèses s'offrent à l'esprit, et je les vais présenter toutes trois sous forme de questions.

Le chloroforme neutralise-t-il l'action morbide seulement tant qu'il se trouve dans l'économie, pour laisser reparaître ensuite les accidents tels qu'ils étaient auparavant ?

Agit-il sur le système nerveux de façon à le modifier, et par suite à diminuer les accidents morbides ? Ce fait de l'éloignement du retour des convulsions, alors que la même dose est toujours employée, semblerait indiquer que ce médicament agit en effet autrement que par sa seule présence dans l'économie. D'un autre côté, ne peut-on pas supposer que l'économie ne prend pas tout d'abord toute la quantité de chloroforme dont elle peut s'emparer ; ce qui expliquerait pourquoi l'emploi de cet agent anesthésique ne donne pas immédiatement les deux jours de repos qu'on obtiendra un peu plus tard, et alors nous rentrons dans l'hypothèse de l'action de présence.

En troisième lieu, faut-il croire que le chloroforme, condensant, pour me servir de cette expression, le principe morbide, l'accumule, en le dissimulant pour ainsi dire, jusqu'à un degré de tension auquel il ne peut plus lui faire équilibre, et qu'alors ce principe morbide se manifeste à nouveau, aussi violent et plus violent peut-être qu'auparavant ; c'est ce que semblerait indiquer le tremblement nerveux survenu après les sept jours de repos. Mais, dans ce cas, les choses auraient dû revenir dans le même état où elles se trouvaient d'abord, et cependant il y a eu amélioration certaine dans

l'état de la malade. Cette amélioration, est-ce au chloroforme qu'il faut l'attribuer ?

Je pose simplement ces questions et n'y prétends point répondre, me jugeant presque téméraire et à coup sûr bien osé de les avoir seulement abordées.

Cette observation est assurément fort intéressante, et si c'était ici le lieu de la commenter au point de vue des idées que j'ai esquissées avant de la présenter, l'intérêt nosologique qu'elle offre à un esprit attentif ressortirait plus vivement encore. Les médecins distingués dans le service desquels a successivement passé Louise X*** en ont ainsi jugé, mais ne l'ont pas interprété de la même façon. Il semble que la maladie, si diverse en ses expressions, ait débuté par ce que les médecins anglais ont appelé l'irritation spinale. L'efficacité qu'ont montrée plusieurs fois les déplétions sanguines locales par le moyen des ventouses scarifiées, semble confirmer ce jugement. Mais plus tard la névrose pure se caractérise davantage, en même temps qu'elle semble se lier plus intimement avec l'anémie. Quoi qu'il en soit à cet égard, l'enseignement pratique qui ressort surtout de cette observation, c'est que le chloroforme, par la modification qu'il imprime au système nerveux enchaîne les manifestations choréiques. Plus tard, M. Vernois, avec la simplicité qui sied infiniment mieux que la roideur à un homme d'une valeur réelle, consent à vérifier l'idée que lui suggère son élève, et qui a pour but de tenter de prévenir ces manifestations, en soumettant le système nerveux d'une manière régulièrement intermittente, et dans le silence des symptômes, à l'action du chloroforme. La justesse de cette vue s'est, jusqu'à un certain point, confirmée, puisque d'une part, la malade ne voit revenir les accidents qu'au bout de six ou sept jours, et que, de l'autre, il semble qu'après cette crise, peu à peu l'organisme nerveux a retrouvé son équilibre, et que la santé s'est rétablie. Alors même que ce ne serait là qu'une influence temporaire, cette influence n'en est pas moins remarquable, et n'en mérite pas moins de fixer sérieusement l'attention. J'abandonne aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* le droit d'apprécier la justesse des idées doctrinales émises ici par l'auteur de l'observation : critique ou approbation, tout, de ma part, serait suspect. Pourtant qu'il me soit permis de dire, en finissant cette note, qu'il ne faut point décourager par une critique trop sévère ces idées pleines de séve qui coulent comme de source d'une plume jeune et quelque peu aventureuse. Nous autres, dont l'âge commence à attiédir un peu le sang, nous mettons plus de circonspec-

tion dans nos conjectures et nos jugements. Mais qui sait si ce que nous appelons le scepticisme rationnel n'est pas, en une certaine mesure, de l'engourdissement. Pourtant, je l'avoue, je crois toujours à la vertu du temps, *roboris damna sagaci compensans animo.* MAX SIMON.

---

**La respiration artificielle employée avec succès dans l'éclampsie.**

Quoique un peu tardivement, je viens vous prier d'insérer ces quelques lignes dans votre estimable journal, plutôt pour confirmer un fait important que pour revendiquer une propriété.

M. le docteur Dally a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* un fait d'éclampsie guérie à l'aide de la respiration artificielle ; et puisqu'il le donne à peu près comme nouveau, je viens faire observer aux lecteurs de votre journal, ainsi qu'à M. Dally lui-même, qu'un fait encore plus concluant s'est passé dans ma pratique en 1857.

Il s'agissait d'une femme, laquelle, quelques jours après l'accouchement, fut prise d'éclampsie. Après avoir employé sans succès les moyens ordinaires, en voyant la malade s'asphyxier sous mes yeux, j'eus recours à la respiration artificielle, et ce moyen, employé avec constance, eut un plein succès.

Cette observation, déjà publiée ailleurs, se trouve dans le premier volume de ma *Clinique obstétricale* (p. 209).

J'ai employé la respiration artificielle dans d'autres cas de ce genre, et si elle n'a pas été couronnée d'un succès aussi complet, elle a été du moins un grand auxiliaire pour diminuer l'asphyxie des attaques convulsives ; asphyxie à laquelle succombent souvent les pauvres malades.

C'est dire que la respiration artificielle mérite d'être recommandée.

A. MATTEI, D. M. P.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité de la dysentérie*, par M. J. DELIOUX DE SAVIGNAC, professeur de clinique médicale à l'École de médecine navale de Toulon, premier médecin en chef de la marine, officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Quand on ne connaît la dysentérie que par les cas sporadiques qui se présentent infailliblement dans une pratique médicale un peu étendue, on peut s'étonner du nombre considérable de mono-

graphies consacrées à l'élucidation de cette maladie, on peut s'étonner surtout qu'après tant de travaux anciens et modernes, un homme tel que M. Delioux de Savignac, qui sait les lacunes de la science, et qui s'est plus d'une fois imposé vaillamment la tâche d'en combler quelques-unes, on peut s'étonner, dis-je, qu'un médecin, si au courant des défaillances de la médecine, ait cru devoir consacrer tout un volume à l'étude d'une question usée, si l'on veut bien nous permettre cette expression. Mais s'il en va ainsi quand il s'agit de la dysentérie sporadique, il est loin d'en être de même lorsqu'on considère la maladie sous une forme beaucoup plus grave, la forme épidémique. Bien que sous cette forme même la dysentérie ait été largement étudiée, une foule de questions qui se posent à propos de cette affection étudiée à ce point de vue spécial, attendent encore leur solution, et l'on ne peut que savoir gré au savant professeur de l'école de médecine navale de Toulon d'avoir de nouveau soulevé ces questions et, dans la mesure de son expérience et de sa pénétration, d'avoir tenté de les résoudre.

M. Delioux, envisageant, dans son livre intéressant, la maladie qu'il étudie sous toutes ses faces, dans l'évolution des accidents multiples par lesquels elle peut se traduire à l'observation, dans les conditions très-diverses où elle s'observe, n'a reculé devant aucun détail pour rendre sa monographie complète : il a fait sagement en agissant ainsi ; l'ordre est la lumière des choses, et si obscures que soient celles-ci, cet ordre, nous devons toujours nous efforcer de l'introduire dans nos études ; c'est bien le moins que ceux qui nous font l'honneur de nous lire voient au moins clairement ce dont il s'agit. Toutefois, comme rien que pour exposer ce plan compliqué, bien que simplement conçu, il nous faudrait entrer dans d'assez longs développements, nous préférons, comme il nous arrive souvent, lorsqu'il s'agit de travaux du genre de celui dont nous nous occupons en ce moment, aller de suite à ce qu'il y a d'original dans le livre du professeur de Toulon, et surtout aux conclusions de l'auteur qui importent le plus à la pratique, et en dire humblement et avec indépendance notre avis. La critique devient ainsi l'auxiliaire de la science et même de l'art, et personne n'y perd, pas même l'auteur, dont la valeur réelle ressort mieux de cette photographie de sa propre individualité intellectuelle, qu'elle ne le ferait de vagues banalités.

Un des problèmes les plus importants, et malheureusement les plus difficiles à résoudre, relativement à la dysentérie épidémique, c'est la détermination de l'influence ou des influences multiples

sous l'empire desquelles on voit la maladie éclater. Quand, d'une part, on voit cette épidémie se manifester d'une manière si fréquente dans les pays intertropicaux ou les lieux qui se rapprochent le plus de cette zone terrestre, et que, de l'autre, on voit, bien qu'à des échéances infiniment plus éloignées, la même maladie, et avec le même caractère de généralisation, se produire dans nos climats d'Europe, il semble qu'en confrontant ces faits avec les conditions possibles de leur développement dans des milieux si différents, la cause du mal qu'il s'agit de déterminer en devrait devenir plus facile à saisir. Il n'en est pourtant pas ainsi, et quand, non content d'étudier les causes occasionnelles de la maladie, on veut s'efforcer d'atteindre l'influence extérieure même qui fait éclater celle-ci au sein de l'organisme troublé, on tombe presque infailliblement dans une des hypothèses miasmes, virus, contagion, qui, depuis longtemps, ont cours dans la science pour expliquer les faits, mais qui attendent encore une démonstration quelque peu rigoureuse. M. Delioux affirme qu'il y a une cause spécifique à la dysentérie, et il a raison ; mais quand il s'agit de déterminer cette cause, il ne va point au delà du point où ses devanciers se sont arrêtés ; seulement, il se montre, à l'égard de la contagion, un peu plus explicite que plusieurs, et croit fermement à ce mode de propagation du mal, qui, d'ailleurs, nous nous hâtons de l'ajouter, n'est pas le seul dans la pensée de notre prudent et sagace confrère.

Mais si, comme tous ceux qui ont touché à ce côté de la question, M. Delioux montre beaucoup d'hésitation quand il s'agit de remonter à la cause proprement dite de la dysentérie épidémique, il saisit avec une intelligence plus ferme les occasions du développement du mal. C'est ainsi qu'il n'hésite pas à attribuer une très-légitime influence occasionnelle à l'impression du froid sur l'organisme. C'est là une vue vraie, et qui n'a pu échapper aux esprits attentifs qui se sont trouvés en face d'une épidémie dysentérique, en face même de dysentéries sporadiques nettement caractérisées. L'intempérance, soit qu'elle porte sur les boissons alcooliques, ou l'usage des substances alimentaires en excès ou malsaines, est encore signalée par le médecin de Toulon comme une cause dont il faut tenir compte, quand il s'agit d'apprécier les influences secondaires qui peuvent faire éclater la maladie. Un fait très-important, signalé naguère par M. Rouis dans ses intéressantes *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, eût dû être rappelé par M. Delioux dans cette partie de son livre. Ce fait est relatif à la prétendue inaptitude relative des femmes à la dysentérie, et qui

disparaît dès qu'elles sont, comme les hommes, soumises aux influences perturbatrices communes des fonctions digestives. Ce fait a, dans notre humble opinion, une haute portée, et traduit d'une manière éclatante l'intensité de ces causes secondaires, et leur part immense à la production de la maladie.

Il y a dans le livre du savant professeur de Toulon une théorie assez compliquée de la dysentérie, dont nous nous garderons bien d'assurer la légitimité, mais qui est très-ingénieuse, et que nous recommandons spécialement à l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique.* D'après cette théorie, le point de départ du mal serait le sang altéré dans sa composition normale par la présence d'un virus. Ceci posé, il semblerait, suivant la pensée de l'auteur, que les systèmes nerveux, spinal et ganglionnaire, irrigués par un sang toxique, en recevraient une influence spéciale, qui se traduirait par les phénomènes qui constituent la symptomatologie comparée de la dysentérie, et où se détachent, à titre de phénomènes essentiels, la douleur, la paralysie de l'intestin, et consécutivement l'inflammation et toutes ses conséquences. On lira, nous le répétons, avec intérêt ce point de doctrine parfaitement développé dans l'ouvrage dont nous parlons en ce moment. Une curieuse assimilation que fait ici l'auteur de la dysentérie avec la colique sèche des pays chauds, assimilation qui reste parfaitement légitime, soit qu'on admette ou qu'on rejette la spécificité de cette maladie, cette curieuse assimilation, répétons-nous, mérite d'être signalée. Comme il y a là une vue originale qui nous fait sortir, au moins un instant, de l'ornière séculaire dans laquelle tout le monde se traîne à propos de la maladie dont M. Delioux vient de faire une si large étude, qu'on nous permette de citer un court passage de l'ouvrage du médecin de Toulon, où cette vue est nettement exprimée. « Si l'on me permettait, en finissant, dit l'auteur, de reprendre la comparaison de la colique sèche avec la dysentérie, je dirais : la paralysie intestinale qui existe dans celle-ci se reproduit dans celle-là; la constipation en est la suite, plus opiniâtre, plus absolue encore, parce que toute sécrétion intestinale est alors suspendue ; parce qu'il existe une acrinie, en un mot, dans la colique sèche, ce qui n'a pas lieu dans la dysentérie. La paralysie se concentre, dans la première, sur la couche musculeuse de l'intestin, et n'envahit pas son système vasculaire; aussi, ne trouve-t-on pas ordinairement l'hyperhémie de la muqueuse , et moins encore l'inflammation consécutive , à moins d'un passage à la dysentérie. L'élément douleur a, dans les deux cas, le même foyer, le grand sympathique, avec irradia-

tion vers la moelle épinière ; ses manifestations sont plus vives dans la colique sèche, probablement par cela même que les évacuations manquent pour éliminer quelque principe toxique qui altère dans sa source la sensibilité nerveuse viscérale. C'est assez pour montrer la parenté entre ces deux maladies. » Nous le répétons, nous n'oserions affirmer la vérité des vues ingénieuses émises dans le *Traité de la dysentérie*, du docte professeur de Toulon, sur la nature de cette grave maladie. La nature des maladies ! qu'y voyons-nous, et même qu'y pouvons-nous voir avec des sens dont la portée est si restreinte, et avec quelques principes flottant vaguement, comme des hallucinations dans notre esprit débile ? et pourtant, d'instinct, nous nous tournons vers la plus légère phosphorescence qui apparaît dans notre nuit. Si nous n'hésitons pas à appeler l'attention des médecins réfléchis sur ces nouvelles vues doctrinales, c'est que la conception sur laquelle elle repose nous paraît au moins fort ingénieuse, et en harmonie avec un bon nombre de faits qu'elle explique mieux qu'aucune autre théorie. Mais n'insistons pas davantage sur ce point, et terminons ce que nous voulons dire de l'ouvrage de notre estimable confrère, M. le docteur Delioux de Savignac, en indiquant d'un trait rapide la base fondamentale de la thérapeutique qu'il croit devoir opposer à la maladie dont il a tracé un si compendieux tableau.

L'ipécacuanha et les purgatifs doux, et, pour obéir à certaines indications spéciales, les opiacés, voilà la base essentielle de la thérapeutique qu'on doit, dans la pensée de M. Delioux, opposer à la dysentérie aiguë. Ce sont là des données que l'expérience a consacrées depuis longtemps, mais qu'il ne suffit pas d'énoncer d'une manière générale pour les rendre applicables. Il faut que l'intelligence médicale, la précision dans les indications qui les commandent président à leur judicieux emploi. Nous ne craignons pas de le proclamer hautement ici, nul plus que M. Delioux n'a mis un soin attentif à préciser ces indications, et à rendre efficace, dans la mesure de la puissance de l'art, la thérapeutique qu'elles sont appelées à diriger. Mais dans cet ordre de préceptes, il en est surtout que nous recommandons spécialement à l'attention des médecins, ce sont ceux qui sont relatifs au traitement de la dysentérie chronique. Certes, il est peu d'affections plus graves que la dysentérie, quand, contractée dans de certains milieux mortels à la vie, elle a résisté à la thérapeutique de l'état aigu et passé à l'état chronique. Pourtant, ce serait une dangereuse erreur de croire que, même alors, elle doive constamment résister aux ressources variées de la thérapeuti-

que. Pour nous, qui avons lu avec toute l'attention que la critique doit apporter à la lecture d'un livre sérieux le *Traité de la dysentérie*, nous n'hésitons point à dire que c'est là, peut-être, la partie la plus intéressante et la plus parfaite du livre du savant médecin de Toulon. Depuis la prophylaxie que commande le valétudinarisme de la dysentérie chronique, si l'on veut nous permettre ce mot, jusqu'à la médication thermale, qui peut y trouver d'heureuses applications, les préceptes les plus judicieux y sont accumulés. L'épigraphe de M. Delioux (*Erga hominem amor, amor erga artem*) n'est point une vaine réminiscence sous sa plume honnête; elle est l'expression vraie du mobile qui le dirige : cela éclate à chaque page de son ouvrage.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Extirpation d'une exostose éburnée de l'os ethmoide; réintégration de l'oeil dans l'orbite, avec conservation de la vue et de tous les mouvements de l'organe. — M. Maisonneuve vient de communiquer à l'Académie des sciences l'histoire d'un malade de son service; nous croyons devoir la reproduire.

V*** (Eugène-Jacques), âgé de dix-sept ans, apprenti serrurier, rue Notre-Dame de Nazareth, 68, vint à l'Hôtel-Dieu, le 9 juillet 1863, pour y être traité d'une exophthalmie considérable de l'œil droit. Le malade raconte qu'au mois de juin 1862 il s'aperçut pour la première fois que son œil grossissait; quelques semaines après, il remarqua vers la partie supérieure et interne de l'orbite une petite saillie très-dure, mais nullement douloureuse, qui proéminait comme un petit pois au-dessous du sourcil. Comme il souffrait peu de cette affection, il n'en continua pas moins son travail, sans se préoccuper autrement de son mal.

C'est seulement au mois de mai 1863 que, tourmenté par les progrès incessants de la maladie et par l'apparition de douleurs profondes dans l'œil et dans la région frontale, il se décida à consulter un médecin qui, malgré l'absence absolue d'antécédents syphilitiques, crut devoir conseiller l'usage de l'iodure de potassium. Ce traitement fut continué six semaines environ sans aucun avantage; c'est alors que, voyant son mal augmenter incessamment, il se décida à venir à l'Hôtel-Dieu se confier à mes soins.

L'œil était alors complétement sorti de son orbite, et refoulé en bas et en dehors; la paupière supérieure, fortement tendue, ne re-

couvrant plus qu'une petite portion du globe ; la paupière inférieure renversée, laissant voir la conjonctive rouge et tuméfiée. Pour éviter l'impression douloureuse de la lumière et le contact irritant de l'air et des corpuscules flottant dans ce fluide, il était contraint de protéger le globe oculaire avec un bandeau. La vision était presque entièrement abolie ; les mouvements de l'œil se réduisaient à un léger tremblement.

A la place ordinaire de l'œil, on apercevait une tumeur qui soulevait la paupière supérieure et le sourcil ; elle avait complétement chassé l'œil de son orbite, et proéminait surtout vers la partie supérieure et interne de cette cavité. Cette tumeur était d'une dureté pierreuse ; on reconnaissait à sa partie antérieure plusieurs mamelons irréguliers. Les téguments glissaient facilement sur elle, et avaient conservé leur souplesse.

La fosse nasale correspondante était restée perméable à l'air. La voûte palatine ne présentait rien d'anomal. On ne constatait aucun trouble du côté du cerveau.

En présence de ces phénomènes, notre opinion fut qu'il s'agissait d'une exostose de l'orbite ; cette opinion fut aussi celle de plusieurs de nos collègues, MM. Demarquay, Richet, Broca, Voillemier, qui eurent occasion d'examiner avec soin le malade.

Mais s'il n'existait aucun doute sur la nature osseuse de cette tumeur, on pouvait se demander si cette exostose était éburnée et compacte, ou bien si elle ne contenait pas dans son intérieur quelque production fongoïde. D'une autre part, il était important d'établir son point d'origine, afin de peser les chances que pouvait présenter son extirpation.

Or, en considérant : 1° que cette tumeur avait positivement commencé par le côté interne ; 2° que l'œil avait été chassé de l'orbite presque directement en dehors ; 3° qu'il n'existait aucune déformation du côté de la tempe, aucun trouble dans les fonctions cérébrales, je pensai que la tumeur était probablement développée à la surface de la paroi interne de l'orbite, peut-être même aux dépens de l'os ethmoïde, ainsi que j'en avais observé déjà un exemple en 1853, et qu'alors il serait possible d'en faire l'extirpation, non pas en essayant de la morceler, ce qui, vu son extrême dureté, serait à peu près inexécutable, mais en la détachant en bloc, ce qui devient relativement facile, vu l'extrême fragilité des os qui constituent la paroi interne de l'orbite.

Après avoir sérieusement pesé toutes ces raisons, et convaincu que ce pauvre jeune homme n'avait de chance de salut que dans

l'extirpation de la tumeur, je me décidai à l'opération le 5 août 1863, en présence d'un grand nombre de chirurgiens, désireux de voir les détails d'une opération si rare et si pleine de difficultés.

Le malade étant soumis au chloroforme, je fis immédiatement au-dessus du sourcil droit une incision transversale depuis la tempe jusqu'à la racine du nez, puis verticale sur le côté droit de la proéminence nasale. Cette incision divisa d'un seul coup toute l'épaisseur des parties molles jusques et y compris le périoste : je décollai ce vaste lambeau avec le plus grand soin, en dénudant rigoureusement les parties osseuses ; j'arrivai bientôt à la tumeur, dont je dénudai toute la face extérieure, sans autre instrument que le bout du doigt ou l'extrémité mousse de mes ciseaux courbes. Cette dénudation ne put être poursuivie bien loin, parce que la tumeur était entièrement cachée dans l'orbite, dont les parois distendues étaient exactement appliquées sur elle.

Ce premier temps accompli, je cherchai à reconnaître la résistance de la tumeur en l'attaquant avec la gouge et le maillet; mais je vis bientôt que je n'obtiendrais rien de cette manœuvre et que j'avais affaire à un véritable tissu éburné, contre lequel tous les instruments viendraient s'émousser.

Cette conviction acquise, je me mis aussitôt en devoir de détacher la tumeur en bloc en introduisant le ciseau dans la rainure profonde qui séparait celle-ci des os du nez. Il fallut de violentes percussions avec le marteau pour arriver à ce résultat ; mais enfin je sentis la tumeur devenir mobile, sans que rien annonçât de fracture dans les os du voisinage. Saisissant alors la pointe antérieure de l'exostose avec une forte pince, j'essayai de l'ébranler davantage en l'attirant en avant ou en la faisant tourner sur son axe; puis, introduisant un ciseau en acier entre elle et le rebord de l'orbite, tantôt en haut, tantôt en dedans, ou même en dehors et en bas, je m'en servis comme d'un levier pour la pousser en avant. Chacun de ces efforts n'amenait qu'un faible progrès; mais, à force de les répéter, je parvins à faire sortir la tumeur suffisamment pour pouvoir la saisir avec un puissant davier.

Ce fut un moment plein d'émotion que celui où je sentir venir cette énorme tumeur, qui semblait sortir du crâne; en quel état, en effet, allais-je trouver les parois de l'orbite? en quel état l'œil, ainsi que les organes qui lui donnent le mouvement et la vie? Ces réflexions n'eurent que la durée d'un éclair, car à peine le tiers de l'instrument eut-il dépassé le cercle de l'orbite, qu'elle se dégagea tout d'un coup; j'introduisis aussitôt le doigt dans la cavité orbi-

taire, et j'éprouvai une vive satisfaction en voyant que cette cavité si profonde ne communiquait ni avec l'intérieur du crâne ni même avec les fosses nasales, et que les organes accessoires de l'œil, ainsi que l'œil lui-même, complétement protégés par le périoste, que j'avais eu soin de conserver intact, n'avaient pas éprouvé le moindre froissement. Après avoir constaté ces faits importants, je m'occupai de replacer l'œil dans son orbite et de rapprocher les lèvres de la plaie, ce que je fis au moyen de huit points de suture, en ayant soin, toutefois, de laisser une ouverture à la partie la plus déclive de la plaie pour l'écoulement de la suppuration. Quant à l'œil, je le maintins enfoncé dans l'orbite au moyen d'un tamponnement mollet soutenu par un bandage en forme de monocle.

Après une pareille opération, on pouvait s'attendre à des accidents graves tant du côté du cerveau que du côté de la plaie; il n'en fut rien. Le malade dormit toute la nuit d'un sommeil calme, et le matin, à la visite, je trouvai la plaie déjà cicatrisée dans ses quatre cinquièmes; l'œil, entièrement rentré dans l'orbite, avait déjà recouvré une partie de sa mobilité normale.

Les jours suivants, il s'établit dans le fond de la cavité orbitaire un peu de suppuration, qui s'écoula facilement par l'ouverture déclive que nous avions ménagée, et qui nous servait aussi à faire quelques injections avec une solution d'acide phénique.

Chaque jour amenait une amélioration sensible, et le 1er septembre la guérison était complète. Aujourd'hui le jeune homme a complétement recouvré l'usage de son œil, et sauf la légère cicatrice qu'il porte sur le front, on ne se douterait jamais qu'il eût subi une opération si grave.

*Description de la tumeur.* — La tumeur a la forme d'un ovoïde légèrement aplati, dont le gros bout était tourné en arrière, et distendait la cavité de l'orbite. Son diamètre antéro-postérieur est de 0m,062 ; son diamètre transversal, 0m,040; son diamètre vertical, 0m,072; la grande circonférence mesure 0m,170, la petite 0m,140; son poids, immédiatement après l'extraction, était de 90 grammes; sciée en deux, elle présente un tissu compacte comme de l'ivoire, d'un blanc de lait et sans aucune veine.

Sa surface extérieure est mamelonnée, mais parfaitement lisse, à l'exception d'une partie de sa face externe, qui est rugueuse dans une étendue de 4 centimètres carrés, à égale distance de ses extrémités antérieure et postérieure. Cette partie rugueuse était évidemment le point par lequel la tumeur adhérait à l'os ethmoïde; c'était son pédicule.

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

## REVUE DES JOURNAUX.

**Pleurésie aiguë avec épanchement considérable; érysipèle gangréneux; perforation de la poitrine; guérison.** Les procédés qu'emploie la nature pour amener la cure des maladies sont le meilleur enseignement de la médecine clinique; c'est, en effet, en les imitant que nous nous assurons le mieux les moyens de guérir les malades. En voyant un vaste épanchement pleurétique, devenu purulent, se frayer une voie à travers les parois thoraciques, et, à la suite de cette évacuation, la santé se rétablir, on comprend l'utilité de la thoracentèse et sa légitimité; on comprend les avantages de la thérapeutique plus hardie qui, depuis quelques années, se propose de faire intervenir plus fréquemment qu'autrefois les moyens chirurgicaux dans le traitement de la pleurésie. Le fait suivant offrira donc de l'intérêt à nos lecteurs, tant au point de vue qui vient d'être noté, que sous le rapport des ressources résidant dans la force de constitution du sujet.

Le nommé G***; âgé de vingt-deux ans, fort et robuste, ouvrier dans une fabrique d'ustensiles en fer battu, est pris, vers la fin de janvier dernier, de frissons et de point de côté, de fièvre, de toux, et M. le docteur Tuefferd, de Montbéliard, appelé huit jours après, constate tous les signes d'une pleurésie aiguë du côté droit, avec épanchement considérable. Saignées générales et locales, nitre, digitale, vésicatoires, aucun des moyens ordinairement employés en pareille occurrence ne produisit la plus légère amélioration. M. Tuefferd réfléchissait à l'opportunité de la thoracentèse, lorsqu'il se manifesta du côté malade une vive rougeur érysipélateuse, dans une largeur de 15 à 20 centimètres, depuis le creux axillaire jusqu'à la crête iliaque. Le troisième jour, au centre de cette surface érysipélateuse, au niveau des cinquième, sixième et septième côtes, il s'était formé une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, molle, fluctuante, irréductible par la pression. Une étroite ponction donne issue à plusieurs litres d'une sérosité trouble et fétide, dont l'écoulement augmentait en quantité et en force par les secousses de la toux. Evidemment le foyer sous-cutané communiquait avec la cavité pleurale. Pendant les trois ou quatre jours suivants, sphacèle de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané dans une étendue d'un décimètre carré; côtes dénudées; ouverture ulcéreuse, longue de 5 centimètres, au fond de laquelle on apercevait la plèvre viscérale recouverte de pus semi-concret; pénétration et expulsion bruyantes de l'air à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration; jet de pus fétide à chaque secousse de toux. En même temps fièvre, amaigrissement touchant presque au marasme, insomnie, état paraissant désespéré. Cependant l'appétit reparut, la nutrition se fit, les forces revinrent graduellement, et, sans autre moyen que des pansements simples, sans injections ni iodées ni autres, la cicatrisation de la vaste perte de substance se fit peu à peu, la fistule se rétrécit, la sécrétion purulente diminua, puis se tarit, et enfin le malade, guéri, put, au bout de cinq mois, reprendre ses pénibles travaux. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, n° 12, 1863.)

---

**Traitement de la coqueluche par le seigle ergoté.** Un jeune garçon, âgé de six ans, ayant la coqueluche, fut atteint des accidents convulsifs de l'ergotisme, qui régnait alors épidémiquement dans la commune de Lutter. Dès la première apparition de ces derniers symptômes, les quintes cessèrent et furent remplacées par de simples inspirations sifflantes, analogues à la reprise de la coqueluche; puis, quand l'ergotisme fut guéri, l'enfant se trouva en même temps délivré de sa première maladie, qui avait eu ainsi une durée bien inférieure à la moyennne ordinaire. M. le docteur Griepenkerl, qui donnait ses soins au petit malade, parlant de ce fait, supposa que l'ergot de seigle pouvait être utile dans la coqueluche, et l'administra à cinq enfants affectés de cette maladie, malades depuis trois ou quatre semaines, et l'un même depuis un an. Chez tous la guérison fut complète au bout de huit jours. Plus tard, en 1861, dans une épidémie, de nouvelles expériences furent faites par le même médecin, qui ne compte pas moins maintenant de deux cents cas traités de cette

manière, et presque tous avec succès. Il paraît donc y avoir lieu de compter le seigle ergoté parmi les médicaments les plus efficaces contre la coqueluche, et il serait bon de vérifier ces résultats. La formule suivante a été adoptée par M. Griepenkerl, comme la plus propre à donner un composé stable, dépourvu de toutes propriétés irritantes :

Pr. Poudre grossière de seigle ergoté...... 1gr,50 à 2 gr.

Faites bouillir une demi-heure avec :

Eau commune..... Q. S.
Colature.......... 32 grammes.

Ajoutez :

Sucre blanc en poudre............ 48 grammes.

M. d. s. Une cuillerée à café toutes les deux heures pour un enfant de cinq à sept ans.

Pour les plus jeunes, on réduit la quantité de l'ergot à 1 gramme ou 0gr,75 pour le même poids de sirop. Il faut, pendant toute la durée du traitement, éviter tous les aliments contenant du tanin. L'expérience a montré qu'il convient de ne commencer l'emploi de l'ergot qu'après la troisième semaine, après la cessation de toute complication; et, de plus, que les quintes s'aggravent souvent pendant les premiers jours, pour diminuer et disparaître ensuite rapidement. (*Deutsche Klinik*, et *Gaz. hebd.*, sept. 1863.)

**Croup; trachéotomie, suivie de succès, chez un enfant de deux ans.** Bien que l'expérience ait fait reconnaître l'impuissance presque constante de la trachéotomie à prévenir la mort chez les très-jeunes enfants atteints de diphthérie laryngienne, chez ceux, pour spécifier, âgés de moins de deux ans, ainsi que le professe M. Trousseau, il est clair cependant que cela ne peut constituer un motif de ne pas recourir à cette opération dans les cas où elle est devenue l'unique ressource. Si faible que soit la chance qu'elle donne, on serait coupable de ne pas chercher à l'obtenir; on le serait d'autant plus que, quoique rare, le succès dans de telles conditions d'âge n'est cependant pas sans exemple; l'éminent professeur en cite lui-même dans sa clinique, et notre tome LXIII en présente aussi plusieurs, auxquels on pourra se reporter avec fruit. En voici un nouveau, capable d'encourager les praticiens à ne pas se priver de ce moyen suprême; les faits de ce genre ne sauraient être trop connus, et l'on ne doit pas craindre d'en répéter et d'en multiplier l'enseignement.

Il s'agit d'une petite fille de deux ans et quinze jours (on voit qu'elle ne s'éloignait que de bien peu de la limite indiquée plus haut), atteinte de diphthérite pharyngo-laryngienne non douteuse, chez laquelle ni les cautérisations avec le nitrate d'argent, ni le chlorate de potasse, ni les vomitifs répétés n'avaient amené aucune amélioration. Le 4 mai 1859, M. le docteur Guichard (de Troyes), appelé en consultation par le docteur Forest, qui jusque-là avait donné ses soins à l'enfant, constate, de concert avec ce dernier, tous les signes de la période asphyxique de la maladie : abattement profond, pâleur, lividité, dyspnée excessive avec accès de suffocation, sifflement laryngo-trachéal, dépression considérable au dessous de l'appendice xyphoïde, etc. En présence de ces symptômes, le pronostic ne paraît pas douteux, et les parents, prévenus, laissant à nos deux confrères la liberté d'agir, l'opération est très habilement et très-heureusement pratiquée par M. Guichard, malgré les difficultés résultant de la brièveté du cou, de l'épaisseur de l'isthme du corps thyroïde, d'une hémorrhagie abondante, etc. La canule, d'abord assez mal supportée, le fut ensuite parfaitement. Sans entrer dans les détails des soins consécutifs, nous nous bornerons à dire, ayant ici pour objet unique de rapporter un exemple de réussite malgré l'âge peu avancé du petit sujet, que, la nuit et les jours suivants, plusieurs fragments de fausses membranes, dont quelques-uns tubulés, furent rejetés par la canule; que l'alimentation fut possible et efficace, malgré une diarrhée assez intense (combattue avec succès par le sous-nitrate de bismuth); que la canule put être définitivement enlevée le septième jour, et que quinze jours après l'opération, la plaie était fermée et la guérison obtenue. (*Bull. de la Soc. méd. de Besançon*, nº 12, 1863.)

## TRAVAUX ACADÉMIQUES.

**Action du quinquina sur la fièvre typhoïde. — Fièvre pernicieuse dothinentérique.** Il est peu de maladies qu'on n'ait voulu guérir de nos jours par le sulfate de quinine. La fièvre typhoïde n'a pas

échappé à la loi commune. Chargé, pendant une partie de l'été dernier, du service des salles militaires à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, M. Pécholier a été porté par la constitution médicale régnante à administrer diverses préparations de quinquina contre un certain nombre de fièvres typhoïdes, et a pu ainsi contrôler les assertions de ses devanciers. Pour donner en quelques mots les résultats de son expérimentation, l'auteur partage ses observations en trois catégories :

1° La fièvre typhoïde existait simple et sans complication. Dans ces circonstances, le quinquina n'a pu parvenir à enrayer son cours. L'intensité des exacerbations vespérines a bien parfois momentanément diminué, et la fréquence de pouls est, pour un instant, devenue moindre ; mais les autres symptômes ont persisté et se sont prononcés davantage : la fièvre n'a pas tardé à reprendre toute son énergie, malgré la continuation de l'antipériodique, et l'affection typhoïde a suivi son évolution, sans que sa gravité ait été vraiment modérée par l'amendement superficiel en quelque sorte dû au quinquina. Ces faits, dont les analogues sont d'ailleurs communs, autorisent à refuser au quinquina une action spécifique contre la fièvre typhoïde véritable.

2° La fièvre typhoïde était nettement caractérisée, mais se compliquait de fièvre rémittente à quinquina, manifestée surtout par l'heure, l'intensité et la forme des redoublements. Sous l'influence du quinquina, les exacerbations ont rapidement disparu, et l'action typhoïde elle-même, quoique survivant à la fièvre rémittente, s'est amendée et s'est d'ordinaire heureusement et promptement terminée.

3° Les symptômes les plus expressifs de la fièvre typhoïde (stupeur, épistaxis, douleurs et gargouillements de la fosse iliaque, diarrhée, taches rosées, etc.) se montraient encore ici d'une manière évidente, et permettaient de conclure à l'existence des altérations de l'intestin spéciales à cette maladie. Ces altérations furent d'ailleurs constatées chez un sujet que l'ensemble de son histoire autorise à ranger dans notre troisième catégorie, et qui mourut à la suite d'une complication inopinée. Il n'y avait pas là, j'insiste à dessein sur ce point, de vagues états typhoïdes, mais bien, au point de vue symptomatique, des fièvres typhoïdes qu'on ne pouvait méconnaître.

Cependant, comme des redoublements semblables à ceux des fièvres de notre deuxième catégorie nous engagèrent à essayer le quinquina, nous fûmes heureusement surpris de voir que ce médicament, impuissant contre la fièvre typhoïde vraie, coupait court subitement aux fièvres de cette troisième espèce. Une convalescence franche commençait le lendemain ou le surlendemain de son administration. Or, de même qu'en présence d'une pneumonie ou d'une apoplexie présentant dans leur cours des exacerbations et jugulées par le quinquina, on conclut qu'on a eu affaire à une fièvre pernicieuse pneumonique ou apoplectique, de même, lorsque nous avons subitement enrayé ces fièvres typhoïdes avec exacerbations par le quinquina, nous n'avons pas hésité à admettre que la fièvre typhoïde servait alors de masque à une autre espèce de fièvre pernicieuse. Ainsi, les faits de cette troisième catégorie démontrent l'existence d'une fièvre pernicieuse insuffisamment connue jusqu'ici, et confondue à tort soit avec la fièvre typhoïde elle-même, soit avec la complication de la fièvre typhoïde et de la fièvre rémittente. Pour distinguer nettement ce nouvel état morbide de ceux qui ont avec lui des traits de ressemblance, nous proposons de le nommer *fièvre pernicieuse dothinentérique*. Cette forme de fièvre pernicieuse est-elle fréquente ? C'est ce que, maintenant que notre attention est éveillée sur ce point, l'avenir nous apprendra.

La préparation du quinquina qui nous a le mieux réussi contre cet état pathologique est l'association, journellement usitée à Montpellier, du sulfate de quinine avec l'extrait alcoolique de quinquina. C'est, en effet, pour nous ici une sorte d'axiome clinique que le sulfate de quinine ne possède pas toute les propriétés thérapeutiques du quinquina. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, octobre.)

---

**De la substitution parenchymateuse : méthode thérapeutique consistant dans l'injection de substances irritantes dans l'intimité des tissus malades** Ce mémoire, adressé à l'Académie des sciences par M. le docteur Luton, de Reims, se résume dans les conclusions suivantes :

1. La médication substitutive n'a jusqu'ici été exercée que sur les surfaces. J'ai tenté d'en faire l'application

aux parties les plus profondément situées, sans agir pour cela sur l'économie tout entière par l'absorption des médicaments dits *substitutifs*.

II. La *substitution profonde* ou *parenchymateuse* consiste dans la production artificielle d'un travail morbide, que l'on détermine au sein des tissus malades par le dépôt qu'on y fait d'une substance de la matière médicale convenablement choisie.

III. Il n'est aucune variété du travail pathologique, dérivant de l'irritation, qu'on ne puisse imiter par l'introduction au sein des parenchymes d'une substance médicamenteuse bien appropriée.

IV. C'est ainsi que l'on obtient :

1° La simple irritation douloureuse, analogue à celle qu'occasionne une névralgie, et grâce à laquelle on provoque la *substitution de douleur* ;

2° L'irritation congestive, qui établit la transition entre la précédente et celle qui va suivre, et qui constitue la *substitution par congestion* ou *fluxionnaire*;

3° L'inflammation proprement dite, avec toutes ses formes : l'hypérémie, l'exsudation, le gonflement douloureux, la chaleur, la rougeur, etc., et ses divers modes de terminaison : la résolution, l'adhérence cicatricielle, l'induration, l'atrophie, la suppuration, la gangrène, etc., ce qui donne la *substitution inflammatoire*.

V. Les substances médicamenteuses, qu'on peut porter dans les parenchymes malades, sont tout aussi multipliées que celles qu'on emploie pour l'extérieur, et doivent être choisies dans la même catégorie pour des effets analogues à obtenir. J'ai déjà employé :

1° Une solution saturée de sel marin, pour produire la substitution de douleur ;

2° L'alcool, la teinture de cantharides, la teinture d'iode, qui donnent lieu à un degré de plus d'irritation, et provoquent une inflammation légère et non suppurative ;

3° Des solutions d'azotate d'argent plus ou moins concentrées, avec lesquelles on provoque une véritable inflammation phlegmoneuse, suivie de suppuration ;

4° Une solution saturée de sulfate de cuivre, dont les effets sont analogues aux précédents, quoique beaucoup moins marqués. On pourrait encore mettre en usage des solutions de toutes les substances irritantes ou altérantes, telles que le bichlorure de mercure, l'acide arsénieux, le tartre stibié, les alcalins, puis l'huile de croton tiglium elle-même, et les teintures des plantes âcres, etc.

VI. Le procédé opératoire à employer pour appliquer la méthode est des plus simples. Je me suis servi, dans ce but, de trocarts explorateurs auxquels j'adapte une petite seringue en verre contenant la solution choisie et à la dose voulue ; ou bien encore de l'instrument de Pravaz, lorsque je veux agir avec plus de précision et compter les gouttes injectées.

VII. Les applications dont la nouvelle méthode est susceptible sont très-nombreuses. Quelques-unes ont déjà été faites, d'autres à essayer peuvent être indiquées dès à présent. C'est ainsi qu'elle a été utilement employée dans les cas suivants :

1° *Les névralgies et les douleurs localisées*. — J'ai eu recours à la substitution profonde dans les cas de névralgies trifaciale, intercostale et sciatique, et dans ces douleurs fixes et sans matière qu'on rencontre si fréquemment dans la pratique. J'ai agi soit en provoquant la simple substitution de douleur, soit en allant jusqu'à l'inflammation phlegmoneuse.

2° *Les adénopathies indolentes, les engorgements strumeux des glandes*, dont on ne peut espérer la résolution spontanée et prochaine. J'ai déjà fait l'application de la substitution parenchymateuse dans plusieurs de ces cas, qui sont d'observation journalière. J'ai simplement irrité ou j'ai fait suppurer ces engorgements.

3° *Les tumeurs blanches, les ostéites localisées, les périostites, les caries, le mal de Putt*, etc. — Jusqu'à présent, je n'ai opéré que sur un cas d'ostéite de l'extrémité inférieure des os de la jambe et sur une ostéite du tarse. Les résultats ont été très-favorables. J'ai employé la teinture d'iode et le nitrate d'argent.

4° *Les tumeurs de diverse nature, aiguës ou chroniques*. — On peut agir par voie de substitution, soit sur les tumeurs aiguës, telles que le furoncle, l'anthrax, le phlegmon, les parotides, etc., à leur début ; soit sur les tumeurs chroniques, comme l'adénoïde du sein, les corps fibreux et les diverses dégénérescences qui ne sont pas accessibles au bistouri ou à l'emploi des caustiques.

5° *Le goître*. — J'ai pratiqué trois fois des injections de teinture d'iode au sein de goîtres parenchymateux. Une des malades est entièrement gué-

rie ; les deux autres sont en voie d'observation. Ce mode de traitement est tout à fait inoffensif.

6° Enfin, on comprend que les applications possibles de la substitution parenchymateuse sont presque illimitées.

---

**De la contention des hernies réductibles; parallèle des trois principaux systèmes : bandages-ceintures, bandages à ressort, bandages rigides.** M. Duprè, après avoir fait ressortir les inconvénients des deux premiers systèmes de bandages, fait connaître dans les termes suivants le troisième, dont il est l'inventeur :

« Notre système des bandages rigides peut se réaliser au moyen de constructions variées ; celui que je décris ici consiste en une tige rigide, cylindrique ou aplatie, et présentant, par exemple, dans le cas de hernie inguinale ou crurale double, trois arcades, l'une médiane, à concavité inférieure, et les deux autres latérales, à concavité supérieure. Ses extrémités, au lieu de conserver l'horizontalité du corps de l'arc, sont recourbées verticalement par en bas. L'arc n'est pas latéral, mais transversal antérieur ; il va d'une hanche à l'autre.

« Aux branches verticales sont fixées les deux moitiés d'une demi-ceinture postérieure qui se boucle à la façon d'une patte de pantalon. On la serre, on la desserre à volonté ; ainsi la pression ne dépend pas d'un retrait élastique dont la tension ne peut jamais être rigoureusement déterminée, qui convient aujourd'hui et ne convient plus demain ; elle est en rapport avec la nécessité actuelle, le chirurgien et le malade peuvent la modérer à leur gré. Deux pelotes sont assujetties derrière les arcades latérales, à l'aide de lames fenêtrées, rivées aux côtés de ces arcades. Une vis, passant à travers la fenêtre, s'engage dans un écrou rivé lui-même à l'écusson ou platine, support de la pelote. Cette vis fixe la pelote sur la lame fenêtrée. On peut incliner cette pelote en la faisant pivoter autour de la vis sur son axe postérieur, et la fixer par un tour de vis à tel point de l'étendue de la fenêtre que l'on jugera à propos de le faire. La pelote pourra être aussi facilement remplacée par une autre que l'on jugera plus convenable.

« Deux lanières de cuir, partant de chaque côté du bord inférieur de la demi-ceintre postérieure, seront fixées à un bouton que présente la branche verticale au bas de sa face externe, et permettront de faire basculer les pelotes à volonté. Le contre-appui se fait aux lombes, sur une large surface, et non pas dans un lieu circonscrit, comme dans les bandages à ressort. Les hanches sont ménagées, la pression en avant n'a lieu que sur les pelotes, et il n'y a pas de déperditton de force. » (*Compte rendu de l'Acad. des sciences.*)

## VARIÉTÉS..

RESTAURATION MÉCANIQUE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE (¹).

Le cas suivant est encore un bel exemple de restauration ; aussi le blessé, porteur de son appareil, a-t-il été présenté à l'Académie par le chirurgien en chef de l'armée d'Italie, M. Larrey. Nous appelons tout spécialement l'attention sur le moyen ingénieux employé par M. Préterre pour maintenir les rapports entre les deux arcades dentaires pendant la mastication.

Obs. *Fracture comminutive du maxillaire inférieur, consécutive à un coup de feu. — Rétraction du fragment restant. — Création d'une arcade dentaire artificielle.* H*** (Benoît), sergent au 85e de ligne, reçut à Magenta une balle qui vint frapper la mâchoire inférieure au niveau de la symphise du menton, broya les téguments, fractura le maxillaire inférieur, effleura la langue du même côté, brisa les deux arcades dentaires au côté droit, et après un trajet étonnant, mais merveilleusement heureux, vint faire issue, sans autre désordre à la partie inférieure du côté droit de la région cervicale postérieure. Transporté à l'ambulance, où il reçut les premiers soins, H*** fut évacué d'abord à Milan, puis à Gênes, et enfin à Toulon, où il guérit après l'extraction de plusieurs séquestres et une suppuration abondante et longue ; le délabrement, en effet, avait été considérable, et lorsque aujourd'hui on examine le sujet, voici dans quel état les parties se présentent :

A l'extérieur, cicatrices profondes et tourmentées, siégeant à la commissure

---

(¹) Suite, voir la précédente livraison, p. 286.

droite et à la portion inférieure de la région génienne du même côté. A gauche aplatissement considérable de la portion inférieure de la région génienne, aplatissement et déviation vers la droite de la saillie du menton.

Le maxillaire supérieur du côté droit a perdu toute l'arcade dentaire (fig. 26), et l'on ne compte en haut que cinq dents : la dent de sagesse gauche, la canine gauche, deux incisives médianes et l'incisive latérale droite (fig. 27).

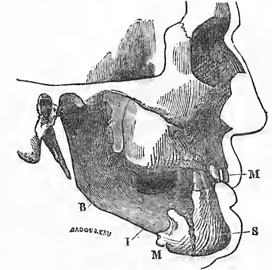



Fig. 26.

Le maxillaire inférieur ne porte que quatre dents (fig. 27) : les deux petites molaires, la canine et l'incisive gauches. Si les désordres se bornaient à ces pertes de dents, le sujet n'offrirait qu'un intérêt ordinaire ; mais il existe à la fois une pseudarthose au voisinage de la symphise, à ce niveau une perte de substance considérable, et conséquemment une déviation très-fâcheuse de la branche droite du maxillaire. En effet, les quatre dents inférieures dont nous avons parlé sont reportées à un centimètre et demi en arrière de l'arcade dentaire supérieure, et toute mastication est devenue impossible. Depuis sa blessure, H***, ne s'était nourri que de potages, de pain trempé et de viande hachée.

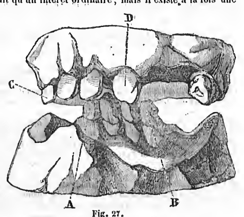



Fig. 27.

La difficulté de l'appareil à construire n'était donc pas dans le nombre de dents à remplacer, mais dans la mobilité excessive des fragments, auxquels il fallait bien donner quelque fixité.

M. Preterre a d'abord construit pour H*** un appareil semblable à celui qui avait servi au mutilé précédent, c'est-à-dire un appareil consistant, en une arcade artificielle qui doublait extérieurement l'arcade déviée et s'articulait avec

les dents supérieures. Mais dès les premiers essais, il vit que la mobilité des fragments du maxillaire inférieur était telle que tout effort de mastication resterait infructueux : les arcades supérieure et inférieure ne se rencontraient pas exactement, l'arcade inférieure s'appliquant tantôt trop en dedans, tantôt trop en dehors. Il a donc recouru à un expédient, nouveau en prothèse dentaire, et qui, vu le succès présent, semble pouvoir promettre d'utiles applications. L'appareil supérieur, destiné au remplacement des dents absentes, porte de chaque côté deux coins A'B' (fig. 28) qui vont, à frottement doux, glisser sur deux plans inclinés A B, taillés obliquement sur les faces externes des molaires inférieures. Dès que les mâchoires approchent du contact, les coins s'engagent sur les plans inclinés et glissent sur cette pente, jusqu'à ce que, les arcades s'étant unies, la mastication s'opère. Cet expédient simple a tiré l'artiste d'un grand embarras. Ainsi conçu, l'appareil fut facile à exécuter, bien supporté par le malade, et a donné tous les résultats désirables. Grâce à lui, H*** aujourd'hui mange et mâche comme tout le monde ; il parle assez distinctement, et la difformité extérieure dont il a été question plus haut est sensiblement atténuée.

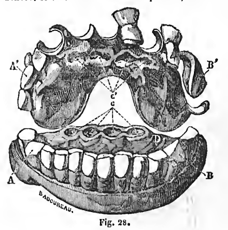


Fig. 28.

Comme perfectionnement propre au cas particulier dont il s'agit, il faut noter que, pour tirer le meilleur parti possible de la situation des choses, M. Preterre a fait articuler les quatre dents inférieures subsistantes avec la plaque de l'appareil supérieur. Leurs couronnes C sont reçues dans des empreintes C', et le malade mâche de cette façon sur sa voûte palatine. — Enfin, comme détail de procédé, je dois ajouter qu'il importe que les deux coins n'aient pas la même longueur ; la mâchoire inférieure pourrait se suspendre sur leurs extrémités placées au même niveau, et rester suspendue sans profit pour la mastication. Grâce à la longueur inégale des deux coins, dès que l'extrémité du premier coin touche à son plan incliné, la mâchoire inférieure est conduite à l'extrémité du second, et la mastication s'opère.

---

Les concours pour les hôpitaux viennent de s'ouvrir. Le jury de l'internat se compose de : MM. Bazin, Labric, Vulpian, Dolbeau et Guyon, *juges* ; MM. Vigla et Giraldès, *suppléants*. — Les *juges* de l'externat sont : MM. Besnier, Bucquoy, Fournier, Lefort et Tillaux ; MM. Desnos et Panas, *suppléants*.

---

Le comité médical des Bouches-du-Rhône décernera, dans sa séance générale d'avril 1864, une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur les questions suivantes : 1° Quel est l'état actuel des associations médicales en France ? 2° Répondent-elles au but principal de leur création, qui est de ne faire des dignes médecins français qu'une seule famille ? 3° Dans le cas contraire, quels sont les moyens à prendre pour atteindre ce but ? 4° Faut-il admettre les pharmaciens dans ces associations ? — Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er mars 1864, terme de rigueur, par M. le docteur P. M. Roux, président perpétuel du comité, rue Mongrand, 12, à Marseille.

---

Le corps médical vient de perdre plusieurs de ses membres les plus recommandables : MM. Lesur, à Montpellier ; Béteille, à Toulouse ; Grandval, à Marseille ; Bergeron, à Paris.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

**Des constitutions médicales, et des indications thérapeutiques qui y ressortissent [1].**

La doctrine des constitutions médicales, telle qu'elle a cours dans la science, ou plutôt dans l'histoire de la science, placée en face des données positives de l'observation moderne, demande donc impérieusement à être revisée : si elle contient incontestablement quelque portion de vérité, elle n'est pas toute la vérité, elle ne saurait même l'être, car, élaborée en présence de faits incomplétement analysés et vus seulement de face, elle doit, dans son insuffisance, porter la marque de ce péché originel. C'est donc avec raison que M. Chauffard en a porté la question devant la Société de médecine des hôpitaux de Paris, qui compte dans son sein tant d'hommes aussi intelligents que laborieux, et dont la compétence en cette question, comme en toutes celles qui se lient étroitement à la pratique, ne saurait être contestée. Pendant que nous écrivons ces lignes, on parle beaucoup d'un congrès médical qui doit se réunir à Rouen : ces sortes de réunions sont un peu comme les langues d'Esope, elles sont bonnes ou mauvaises, suivant les intentions qui les animent, et le but qu'elles se proposent. Entre autres objets qu'on pourrait à l'avenir assigner à ces assemblées, si elles viennent à réussir dans notre petit monde médical, ce ne serait peut-être pas sans quelque avantage qu'on leur proposerait celui dont nous nous occupons en ce moment, l'étude des constitutions médicales. La même étude peut sans doute, avec une grande chance d'arriver à des résultats utiles, être poursuivie par les médecins attachés aux hôpitaux de la capitale; le zèle, la sagacité, une avidité de connaître qui se produit là sur toute la ligne plus que partout ailleurs, et qui tient les yeux de tous fixés sur le cadran du progrès, ce sont là autant d'éléments qu'il faut sans doute intéresser à la solution de cette importante question : mais il y a là aussi plusieurs pierres d'achoppement auxquelles on pourrait se heurter et qui n'existent point ou n'existent que fort amoindries ailleurs. La misère, les excès, tous les genres de corruption dont la population qui trouve surtout un droit d'asile dans les hôpitaux de Paris ne porte que trop souvent les tristes stigmates, viennent compliquer la question de l'étude des constitutions médicales, en y mêlant une foule d'éléments hétérogènes qui en altèrent la pure expression. Tous les malades des provinces ne

[1] Suite et fin, voir le dernier numéro, p. 289.

sont pas sans doute des rosières; les campagnards eux-mêmes sont loin d'échapper à tous les excès, et, dans ses réactions contre les influences météorologiques hostiles à la vie, l'organisme vivant témoigne ici, comme ailleurs, qu'il est aux prises avec une étiologie morbide complexe. Pourtant on ne saurait nier que ce ne soit dans ces conditions que cette réaction se montre dans sa plus grande simplicité. C'est donc sur ce terrain aussi qu'il faut faire porter cette étude, qui doit embrasser l'homme malade dans l'ensemble des conditions où il peut se trouver placé. On nous pardonnera cette courte digression à laquelle nous a conduit naturellement l'actualité qui excite l'attention sérieuse de plusieurs. Cette parenthèse fermée, je continue les remarques rapides dont ce travail est l'objet.

L'étude des constitutions médicales, telle qu'elle a été longtemps comprise, et telle que la conçoit encore aujourd'hui le savant et laborieux auteur du livre sur les *Principes de pathologie générale*, ne se renferme pas uniquement dans la recherche des influences exercées sur l'organisme vivant par les vicissitudes des saisons; elle prétend qu'à côté de ces influences il y en a une autre qui, elle, ne tombe pas sous les sens, mais qui, pour se couvrir encore du voile des causes occultes, n'en est pas moins réelle et ne se traduit pas moins évidemment par un cachet permanent qu'elle imprime aux maladies saisonnières, aux maladies intercurrentes elles-mêmes, et qui ne s'atténue et ne s'efface que devant les grandes originalités épidémiques nettement déterminées et où ne sauraient se faire jour cette influence relativement très-secondaire. Que faut-il penser de cette question? La mêler à l'étude topique, tangible, de l'influence des saisons sur l'organisme, n'est-ce pas confondre l'imagination et la raison, mêler la mythologie à la science? On nous dit que cette influence générale permanente, stationnaire, pour nous servir du mot consacré, si nous ne la voyons plus, c'est que nous ne la cherchons pas, mais qu'elle apparaît évidente, éclatante, sous la plume des grands épidémiographes du siècle passé. Oui, sans doute, cette vue théorique se trouve réellement, compendieusement développée dans la plupart des auteurs dont nous venons de parler; mais en ceci, si je vois bien la lunette à travers laquelle on étudiait les choses, ces choses elles-mêmes, je les cherche, et ne les trouve pas. M. Chauffard, pour prouver la vérité de l'objet de sa conviction, ou plutôt de sa foi respectueuse au symbole des grands noms historiques, cite les faits qu'il a observés l'an dernier même, et où le génie asthénique lui est apparu aussi clair que le jour. Mais M. Chauffard, encore tout en proie au dieu qui lui inspira l'éloquent ou-

vrage que nous avons plus d'une fois cité dans le cours de cet article, — sans qu'il soit nécessaire, pour en juger ainsi, d'admettre avec M. Moreau que le génie soit une névrose, — a-t-il pu se dégager de son nuage suffisamment pour que les faits lui apparaissent dans leur simplicité et sous leur vraie couleur? D'un autre côté, avant de faire remonter à une influence inconnue un fait aussi général que celui dont on argue pour établir la réalité d'une constitution stationnaire qui aurait plié sous le joug de son inflexible loi, et marqué comme de son effigie tous les faits de l'ordre pathologique, comment ne s'est-on pas demandé si ce caractère commun, sur lequel un esprit de la trempe de M. Chauffard n'a pu se faire complétement illusion, si ce caractère n'avait pas sa raison d'être dans les conditions d'habitat, de mœurs, de vie morale et physique des malheureux sur lesquels on le constatait.

« Comment, dit fort justement à ce propos M. Woillez, M. Chauffard ne s'est-il préoccupé en aucune façon de ces conditions capitales, c'est-à-dire du milieu dans lequel il a observé, avant de rapporter à la constitution des particularités qui pouvaient en être indépendantes? Comment ne s'est-il pas demandé si la profession et le genre de vie antérieure de ses malades n'avaient pas une assez large part dans la fréquence apparente de certaines manifestations morbides, et n'a-t-il pas cherché à distinguer ce qui est afférent à l'une et à l'autre de ces causes? Je me trouvais à Saint-Antoine en même temps que M. Chauffard et j'y suis resté après lui; j'ai donc pu observer des faits analogues à ceux qui lui sont passés sous les yeux. Or je suis resté convaincu qu'il fallait faire une large part étiologique à l'hygiène antérieure des malades que j'avais sous les yeux. »

Voilà la vérité, et la vraie méthode qui y conduit : prenons garde que notre imagination, quand nous l'avons ardente et que les faits s'y reflètent sous de vives images, prenons garde, dis-je, que notre imagination, ne déteignant sur eux, ne nous permette plus de les voir sous leur véritable couleur. Si donc les constitutions médicales stationnaires se lient à quelques-uns de ces petits *êtres*, comme les appelle un des esprits les plus vigoureux de ce temps-ci, que la science antique, celle d'hier quelquefois même, inventait avec tant de facilité, ce fait demande une démonstration qu'on chercherait en vain dans tout l'arsenal des bibliothèques : jusque-là doutons, et en attendant que ce doute ait disparu, ne laissons pas la proie pour l'ombre, ne nous perdons pas dans le nuage pour trouver ce qui est peut-être à nos pieds.

Une question qui se lie étroitement à celle des constitutions médicales, et qui devra être poursuivie en même temps qu'elle par la Société de médecine des hôpitaux, si l'heureuse initiative de M. Chauffard peut faire monter le zèle de ses savants collègues à la hauteur de la pensée qui l'inspira, c'est celle des épidémies. Nous ne ferons qu'indiquer, en finissant, cette question qui est nécessairement implicitement renfermée dans le problème à résoudre. Un homme qui, en ces matières, jouit d'une autorité légitime, M. le professeur Fuster, a, lui aussi, dans son *Histoire médicale et météorologique de la France,* traité cette question ; mais il y a rencontré une pierre d'achoppement qu'il a très-malheureusement heurtée. Dans la pensée du savant professeur de Montpellier, ces grandes épidémies qui épouvantent et déciment le monde sont comme un van aux mains de la Providence, pour purifier de loin en loin l'aire de la terre. Poser ainsi une telle question, c'est non-seulement tourner le dos à la vérité, mais abdiquer au nom de la science. Pygmées que nous sommes, si telle est l'étiologie de ces maladies, qu'y pouvons-nous, et qu'avons-nous à y voir ? Hygiène, thérapeutique, qu'est-ce en face d'une force qui invinciblement nous écrase ? L'Académie des sciences l'entend mieux, quand, par sa généreuse initiative, elle pousse les travailleurs à la recherche, dans l'atmosphère au sein de laquelle nous vivons, d'un délétère qui nous donnerait la raison des choses. La syphilis, la variole, etc., ont été, elles aussi, considérées comme des fléaux de Dieu : mais est-ce en se maintenant dans cette voie mystique que la science a découvert la vaccine, le mercure et l'iodure de potassium? Je le répète, ne nous perdons pas dans le nuage en traitant ces capitales questions; observons, analysons, usons avec prudence de l'induction et de la déduction ; c'est au bout de cette voie que nous trouverons la vérité. Gardons-nous surtout des trop hautes spéculations, c'est rêve pur. N'aspirons pas trop tôt à théoriser ces sortes de faits, sous prétexte d'achever l'édifice heureusement commencé des anciens : l'analyse, l'observation est bien loin d'avoir terminé son œuvre dans notre laborieuse science, voilà notre tâche, le reste regarde l'avenir. Henri Heine, visitant un jour Cologne, y rencontra un enfant qui demandait à sa mère pourquoi on ne finissait pas les cathédrales. C'est qu'on a bien d'autres choses à faire, lui répondit-elle. Sachons nous rappeler à propos cette réponse de la femme de Cologne; nous, non plus, ne nous hâtons pas trop de finir nos cathédrales : nous avons une foule de besognes bien plus urgentes, et d'un intérêt réel beaucoup plus immédiat.

**De l'utilité de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée (1).**

Par M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Dans les observations suivantes, la dysménorrhée constituait un fait habituel.

Obs. IX. *Dysménorrhée guérie par l'apiol.* — Mme J***, âgée de trente-six ans, grande, forte, et d'un tempérament lymphatico-nerveux, est régulièrement menstruée, souvent un ou deux jours d'avance, et durant trois jours modérément : il y avait quelquefois un léger stillicidium sanguin le quatrième jour. D'une assez bonne santé habituelle, cette femme n'avait presque jamais eu ses règles qu'accompagnées de douleurs au bas-ventre, d'autant plus fortes, que l'écoulement sanguin était moins abondant. Lorsque la malade perdait plus de sang que de coutume, sa santé était meilleure le reste du mois.

Le dimanche, 27 septembre 1862, les règles ayant paru dans la matinée, elle s'aperçoit qu'on lui a volé sa montre : saisissement, suppression des règles. Depuis lors, perte d'appétit, étouffements, sentiment de strangulation, gonflement des seins, douleurs lombaires. Le 24, mercredi, elle prend deux capsules d'apiol, trois le jeudi matin : le sang reparaît avec douleur toute la journée ; mais, le soir, la douleur a cessé. Règles plus abondantes que de coutume, qui continuent à couler abondamment le vendredi et le samedi matin. La malade avait pris quatre capsules le jeudi, deux le vendredi, deux le samedi matin. Les malaises généraux ont cessé le samedi, les règles coulent modérément; elles reprennent avec abondance le dimanche et le lundi; le mardi, rien. La malade a perdu le double de sang que d'habitude, et jamais elle ne s'est sentie plus soulagée.

Obs. X. *Dysménorrhée, datant de deux ans, guérie par l'apiol.* — S. A.***, couseuse de bottines, âgée de vingt-trois ans, est une fille d'une taille moyenne, grosse, forte, bien portante, d'une constitution pléthorique. Elle a été réglée à seize ans, et jusqu'à dix-huit ans la menstruation a été régulière, abondante : elle durait quatre jours. A dix-huit ans, à la suite d'un froid aux pieds, ses règles ne coulèrent plus que pendant deux jours, avec douleurs très-violentes dans les reins, le bas-ventre et les aines ; la malade était obligée de garder le lit ; elle avait fait inutilement plusieurs traitements par la rue, la sabine, le safran, l'absinthe, l'armoise, les

(1) Suite et fin, voir le dernier numéro, p. 295.

pilules bénites de Füller, celles de Rufus, par les antiphlogistiques, etc., sans obtenir d'amélioration.

Le 7 octobre 1862, cette fille vint me trouver; elle me renseigna exactement sur la prochaine arrivée de ses règles, qui devaient avoir lieu le 12 du mois. Le 10, le 11 et le 12, la malade a pris chaque jour deux capsules d'apiol; les règles ont eu un jour de retard; elles n'ont pas été plus abondantes, mais les douleurs de bas-ventre n'ont pas eu lieu; au lieu de se tenir au lit, la fille S. A*** a fait de nombreuses courses le 13 et le 14 dans Paris, tout en continuant l'usage de l'apiol.

Le mois suivant, à pareille époque, je lui ai fait prendre la même quantité de capsules, et cette fois elle n'a ressenti aucune douleur. Au mois de décembre, après l'époque de ses règles, elle est venue me remercier et me dire qu'elle était guérie.

Obs. XI. *Dysménorrhée datant de treize ans, guérie par l'apiol.* — Mme S***, mère de la précédente, couseuse de bottines, âgée de quarante-trois ans, n'a jamais fait de maladie grave dans sa jeunesse; réglée à seize ans, elle l'a été régulièrement jusqu'à vingt-sept ans, époque de son mariage. A vingt-huit ans elle est accouchée de cette fille A***, dont nous avons rapporté plus haut l'observation. Sa grossesse et son accouchement se passèrent parfaitement bien; mais deux mois après, quand les règles reparurent, la femme S*** fut prise pour la première fois de douleurs violentes dans les reins, dans les lombes et dans les cuisses, la veille du jour de l'apparition de la menstruation. Ces douleurs duraient d'habitude vingt-quatre heures, et aussitôt que le sang paraissait, elles disparaissaient, et le flux cataménial coulait avec abondance pendant trois jours. Il y avait treize ans que cette malade souffrait ainsi tous les mois lorsqu'elle vint me consulter. Je l'ai soumise à l'usage de l'apiol, le 18 septembre 1862. Les règles sont venues le 19 sans douleur pendant trois jours avec la même abondance. La malade a pris en tout huit capsules, deux par vingt-quatre heures. En octobre et en novembre elle a pris le même nombre de capsules et aux mêmes époques : aujourd'hui elle est entièrement guérie de sa dysménorrhée.

Obs. XII. *Dysménorrhée guérie par l'apiol et les pilules de Blancard.* — Mlle C*** est âgée de dix-huit ans; d'un tempérament lymphatique, elle a eu dans son enfance la rougeole, la coqueluche et la varioloïde; sa peau est d'un blanc mat avec bouffissure de la face, les gencives sont gonflées et décolorées, elle n'a pas ou n'a que fort peu d'appétit, et souvent elle vomit tout ce qu'elle mange; réglée à quatorze ans, pendant les premiers mois elle n'a eu que des flueurs

blanches, qui ont pris plus tard une couleur de sérosité sanguinolente et duraient deux ou trois jours, accompagnées de tranchées utérines si violentes qu'il lui fallait garder le lit. Les règles devant revenir le 18, je lui prescrivis deux capsules d'apiol le 15 octobre, deux le 16 et deux le 17.

Le 18, les règles apparaissent, toujours en petite quantité, mais sans coliques ni douleurs utérines, ce qui ne lui était jamais arrivé; seulement elles ont duré deux jours, et le sang était toujours très-pâle.

Le 21, je mets la malade à l'usage des pilules de Blancard, elle en a pris quatre par jour jusqu'au 18 novembre, jour où elle a repris l'apiol pendant trois jours; la menstruation est venue sans douleur, elle a duré trois jours au lieu de deux et le sang est bien plus coloré et plus abondant.

Depuis ce temps je n'ai pas revu la malade, que je suppose guérie.

Dans cette observation, deux indications se présentaient, celle fournie par la dysménorrhée et celle fournie par l'anémie. L'apiol a satisfait à la première; mais ses effets n'eussent été ni complets ni durables, si l'on n'y eût associé le fer et spécialement l'iodure, dont les propriétés emménagogues devaient heureusement coopérer avec celles de l'apiol.

Obs. XIII. *Arrêt de la menstruation deux jours après son apparition, et réapparition immédiate après la prise de trois capsules d'apiol.* — La nommée Macré, couturière, âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'hôpital le 22 décembre 1862. C'est une grosse fille, très-forte et d'un tempérament pléthorique. Elle était atteinte d'une syphilis chronique, qui remontait à plusieurs années. M. Marrotte lui prescrit les pilules d'iodure de mercure. Le lendemain, ses règles lui arrivent avec coliques et en petite quantité, comme cela lui est habituel; on lui fait prendre trois capsules d'apiol, les règles coulent avec beaucoup plus d'abondance, elle se sent très-soulagée, mais les coliques sont à peu près les mêmes.

L'apiol n'a fait qu'augmenter l'écoulement de la menstruation sans rien changer à sa névralgie lombo-sacrée.

Le 28 décembre, jour de sa sortie de l'hôpital, la malade avait repris deux capsules d'apiol, qui ont encore augmenté l'écoulement du sang.

*D.* Les effets de l'apiol ont été incomplets ou nuls. — Les deux observations suivantes (XIV et XV) servent en quelque sorte de transition entre les cas où l'apiol a été très-efficace et ceux où il a complétement échoué. Les douleurs n'ont pas été calmées fran-

chement et les règles ne sont pas venues en plus grande abondance que de coutume.

Obs. XIV. *Erythème noueux. — Dysménorrhée, emploi de l'apiol, disparition des douleurs de reins sans augmentation du flux cataménial.* — Mme Ch***, vingt-quatre ans, domestique, à Paris depuis trois ans, n'a été réglée qu'à vingt et un ans, après des accidents chlorotiques très-prononcés, qui duraient depuis cinq ans; faiblesse et maigreur très-grandes, palpitations, vomissements après chaque repas. Cette femme a toujours été mal réglée, bien que ses règles aient été régulières; mais elles sont très-peu abondantes, ne durent qu'un jour et sont précédées d'un écoulement blanc; elles sont en même temps très-douloureuses. Depuis quelque temps, la santé générale est meilleure, les digestions sont plus faciles, il n'existe plus de constipation; depuis trois mois la malade porte à la jambe droite des plaques d'érythème noueux qui, à chaque époque mensuelle, éprouvent une recrudescence.

Aujourd'hui 14 septembre 1862, la fille Ch*** attend ses règles pour le 15 ou pour le 16, et depuis deux jours elle éprouve de fortes douleurs de reins. M. Marrotte donne deux capsules d'apiol, une à midi et l'autre le soir. Le 15, les douleurs ont disparu, mais les règles ne sont pas venues. Le 16, des douleurs reviennent, la malade a de la céphalalgie. Le 17, même médication. Les douleurs se calment dans la soirée, les règles apparaissent, comme de coutume, en très-petite quantité. Le 19, la menstruation est tout à fait arrêtée.

M. Marrotte fait appliquer, le 20, quatre sangsues à la vulve, en deux fois, pour tâcher de rappeler les règles, mais elles ne reparaissent pas plus qu'avec l'apiol.

Obs. XV. *Fièvre typhoïde suivie d'une métro-péritonite, guérie par un abcès qui s'est fait jour à travers l'intestin. — Aménorrhée datant de deux mois. — Insuccès de l'apiol.* — Rose de Monjaux, âgée de vingt-trois ans, est entrée le 25 août 1852, salle Sainte-Rosalie, n° 4, atteinte d'une fièvre typhoïde datant de quinze jours. Trois semaines après son entrée, elle a été prise d'une métro-péritonite qui s'est terminée par un abcès de la fosse iliaque gauche. Un mieux très-manifeste a succédé à ces graves maladies, la jeune fille a repris des forces; elle nous a raconté alors que la menstruation avait cessé depuis deux mois. Réglée à treize ans, elle l'avait été régulièrement jusqu'à vingt. A cette époque, elle fut prise de douleurs très-vives chaque fois qu'elle avait ses règles; depuis deux mois celles-ci n'avaient pas reparu. Les 26, 27 et 28 octobre, M. Marrotte lui fait prendre deux capsules d'apiol, mais les règles

ne sont pas revenues ; tout ce que nous avons observé, c'est la disparition des douleurs du bas-ventre le lendemain de la deuxième prise de l'apiol.

Parmi les observations précédentes, nous en avons trouvé quelques-unes dans lesquelles le flux menstruel a été provoqué, et la douleur facilement et complétement calmée, chez des jeunes filles d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, dont les troubles menstruels semblaient se rattacher à la pléthore utérine. Mais plusieurs faits qui se sont passés sous mes yeux me portent à croire que ces heureux effets de l'apiol ne s'obtiennent qu'à la condition que la pléthore générale, et surtout la pléthore locale, ne soient pas portées trop loin.

Si la congestion utérine est intense, s'il y a engorgement véritable, métrite subaiguë ou chronique, etc., dans ces conditions, les évacuations sanguines générales ou locales, les bains tièdes et le borax sont beaucoup mieux indiqués que l'apiol. Le plus souvent alors, si on l'administre, le sang ne coule pas et les douleurs sont augmentées au point de devenir excessives. Cette augmentation des douleurs s'observe même dans les cas où l'hémorrhagie a lieu et en abondance. Le docteur Galligo, dans son mémoire sur l'apiol (*Impartial de Florence*), cite un fait semblable observé chez une malade dont la dysménorrhée se rattachait à une hypérémie de l'utérus. Quoique l'apiol eût déterminé la menstruation la plus abondante qu'elle eût jamais eue, sous l'influence de huit capsules d'apiol, elle refusa d'en prendre le mois suivant, parce qu'elle l'accusa d'avoir considérablement augmenté ses douleurs.

J'ai plusieurs fois essayé l'apiol chez des femmes qui avaient eu des pelvi-péritonites et dont les règles manquaient ou s'accompagnaient de douleurs, sans avoir jamais provoqué ou augmenté l'écoulement sanguin, sans avoir même calmé les coliques.

Pour que l'apiol réussisse, il faut encore que les douleurs qui accompagnent la menstruation tiennent à la dysménorrhée proprement dite, à celle qui dépend de l'innervation vaso-motrice de la matrice. Jamais il n'a réussi à calmer les douleurs névralgiques, sourdes ou aiguës qui ont pour siége quelques-unes des branches des nerfs lombo-sacrés, et plus spécialement l'utérus, chez un certain nombre de femmes, douleurs qui se manifestent ou s'exagèrent à l'époque menstruelle et peuvent simuler la dysménorrhée au premier abord.

C'est ce qui a eu lieu dans l'observation suivante :

Obs. XVI. Mme Gen***, âgée de trente-trois à trente-quatre ans,

d'une constitution moyenne et d'un tempérament lymphatique, est très-impressionnable. Elle est mise en émoi par des événements sans importance, incapables d'ébranler une intelligence plus forte. Elle pleure et rit sans motif sérieux et a eu de véritables attaques d'hystérie spasmodique.

Les règles viennent avec assez de régularité et d'abondance. L'écoulement sanguin soulage l'état nerveux qui le précède et l'accompagne. Il y a quelquefois retard et diminution par des émotions morales.

M^me G*** a eu plusieurs enfants. Depuis la dernière couche, qui date de six ans, elle éprouve ce qu'elle appelle des coliques de bas-ventre, qui apparaissent et s'exaspèrent de préférence aux époques menstruelles. Ces douleurs ont paru liées à des excoriations du col utérin, car elles se sont amendées et ont même cessé pendant plusieurs années, après quelques cautérisations avec le nitrate d'argent.

L'année dernière (1862) ces douleurs ont reparu, s'accompagnant de leucorrhée et augmentant, comme autrefois, aux approches des règles et pendant leur durée. L'examen au spéculum montra quelques granulations du col, qui furent avantageusement modifiées, puis guéries par la cautérisation. Un mieux correspondant se fit sentir dans les douleurs ; mais, quoique le col fût intact, elles ne cessèrent pas et se réveillèrent sous l'influence du froid et des émotions morales.

Quoique l'apiol ne me parût pas approprié à ce genre de douleur, je l'employai plusieurs fois aux époques menstruelles, mais toujours sans succès. La malade prétendit même qu'il les exaspérait et qu'il donnait lieu à des vertiges et à de l'agitation générale. Du reste, un examen plus attentif n'avait pas tardé à me convaincre qu'elles étaient le symptôme d'une névralgie lombo-abdominale avec ses points d'émergence, ses exacerbations. Les solanées vireuses et l'arsenic furent plus efficaces.

*E*. J'ai été forcé de renoncer à l'usage de l'apiol, dans l'observation suivante, à cause de la fâcheuse influence de ses effets physiologiques sur une affection concomitante, quoiqu'il fût indiqué comme emménagogue.

Obs. XVII. M^lle Cr*** est âgée de quatorze ans et demi. Pâle, lymphatique, elle a la taille et la corpulence d'une forte fille de dix-huit ans. Elle est réglée depuis deux ans; d'abord très-abondante, la menstruation a diminué progressivement, pour cesser complétement depuis quelques mois. Pendant ces deux années, la croissance a été

considérable, ce qui a sans doute contribué avec les pertes menstruelles à déterminer l'état chloro-anémique qui existe aujourd'hui.

Depuis six à huit mois, Mlle Cr*** est tourmentée par un état maniaque; elle se fait des cas de conscience de rien, surtout de regarder les hommes; elle passe quelquefois deux heures à sa toilette ou en prières; elle écrit sur des petits papiers ses impressions, qui sont des idées fixes. Ce fut alors que les règles se suspendirent : les accidents psychiques augmentaient à l'époque où elles auraient dû paraître. Dans ces conditions, je conseillai de séparer la malade de sa famille, de la placer dans une institution où elle serait soumise à une vie régulière, à une discipline physique et morale. J'ordonnai en même temps le fer et les toniques.

Sous l'influence de ces moyens combinés, il se manifesta une amélioration progressive; mais les règles n'ayant pas encore reparu après cinq à six mois, je conseillai l'apiol.

La chloro-anémie n'avait-elle pas encore été suffisamment combattue ? Le terrain n'était-il pas encore suffisamment préparé pour que le médicament pût exercer son action ? Toujours est-il que les règles ne revinrent pas pendant son administration, et, de plus, je fus obligé d'y renoncer, parce qu'employé à trois époques successives il produisit des étourdissements, des vertiges et excita évidemment le cerveau : l'agitation était plus grande, la malade était moins maîtresse d'elle-même. Il suffit, du reste, de continuer le fer et les toniques pour voir revenir les règles.

Les effets physiologiques de l'apiol ont été encore plus marqués dans l'observation XVIII, et, malgré leur innocuité, ils ont tellement effrayé la malade que je n'ai pu la décider, depuis cette époque, à faire usage d'un médicament qui pourrait lui être utile.

Obs. XVIII. Mlle M***, créole de la Jamaïque, habitant depuis longtemps la France, est âgée de dix-neuf ans. Grande, élancée, d'une faible constitution, elle est souvent indisposée et s'enrhume facilement. Il a existé vers l'âge de douze ans un travail de tuberculisation qui a été enrayé jusqu'ici.

Ses règles sont régulières, mais peu abondantes et douloureuses. Les coliques sont assez fortes aux époques pour qu'elle soit obligée de garder le lit.

Ayant éprouvé l'efficacité de l'apiol dans des cas semblables, je lui conseillai de prendre une capsule matin, midi et soir, aux approches de la menstruation et aux premiers indices de coliques. Mais la malade, ayant lu sur l'instruction qui accompagne les fla-

cons qu'on pouvait en prendre jusqu'à trois, et croyant échapper plus facilement à ses coliques, qu'elle redoutait, prit ce nombre de trois le soir en se couchant; les coliques n'ayant pas cessé le lendemain au réveil, elle en prit trois autres et réitéra au bout de trois heures. La dose du soir n'avait pas produit d'effets sensibles; il en avait été à peu près de même de la seconde; mais une demi-heure environ après la troisième, elle éprouva des vertiges et des étourdissements assez forts pour ne pas pouvoir rester debout ni même assise. Elle éprouva en même temps un malaise général, un sentiment de défaillance et d'anéantissement, et la peau devint froide.

Appelé en toute hâte, j'administrai quelques tasses d'infusion de mélisse chaude, et au bout de quelques heures tout était rentré dans l'ordre. Les coliques elles-mêmes avaient cessé. Depuis lors l'apiol, employé avec mesure, a toujours calmé la dysménorrhée et augmenté l'écoulement sanguin.

Après avoir lu cette courte notice, je pense qu'il est difficile de ne pas croire à l'utilité de l'apiol dans le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée. Comme tous les médicaments, il a ses indications et ses contre-indications.

Tantôt il réussit seul, et cela a lieu plus spécialement dans les aménorrhées simples, lorsqu'il semble n'y avoir d'autre indication à remplir que d'agir sur la circulation utérine, sur son appareil vaso-moteur et à solliciter, par son intermédiaire, les vaisseaux à laisser échapper le sang.

Il en est de même dans la dysménorrhée qui ne dépend d'aucun obstacle mécanique, d'aucun état organique de l'utérus (pléthore, engorgement, métrite). C'est peut-être parce que ces complications se rencontrent plus souvent dans la dysménorrhée ou dans l'aménorrhée dysménorrhéique que ces deux états cèdent, en général, moins facilement que l'aménorrhée simple à l'action de l'apiol.

Si l'aménorrhée et la dysménorrhée sont en partie sous la dépendance d'un état général tel que la pléthore, l'anémie, la débilité, le lymphatisme, etc., l'action de l'apiol ne pourra s'exercer qu'à la condition de remplir préalablement ou parallèlement ces indications générales. On en trouve un exemple dans le mémoire du docteur Galligo (*Impartial de Florence*). Une dame G***, âgée de trente-huit ans, de tempérament lymphatique et nerveux, avait depuis trois mois une aménorrhée compliquée de chlorose intense. Notre confrère n'obtint aucun résultat de l'apiol tant qu'il n'y joignit pas les ferrugineux. Les ferrugineux, qui avaient été inefficaces antécédemment, produisirent un bon résultat, grâce à cette association.

Il en sera de même pour les indications fournies par l'état local de l'utérus, quoique, à vrai dire, elles soient mieux remplies alors par les médications appropriées à chaque cas particulier. L'apiol, ne peut devenir un adjuvant utile qu'au moment où l'état complexe a été ramené à celui d'aménorrhée ou de dysménorrhée simple.

Enfin, dernière remarque, la menstruation étant essentiellement liée à l'ovulation, et aucune modification ne pouvant provoquer le flux menstruel en dehors de cette condition physiologique, les effets thérapeutiques de l'apiol ne se produiront que s'il est administré chez des filles nubiles, au moment où la fonction menstruelle s'annonce par des symptômes généraux et locaux, ou à l'époque connue et présumée des règles.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Des polypes naso-pharyngiens.

Par M. le docteur X. Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

La chirurgie moderne marche incessamment vers le perfectionnement de toutes ses branches, et au milieu du progrès général, la question des polypes naso-pharyngiens ne pouvait être laissée dans l'oubli. Sans nul doute les chirurgiens qui nous ont précédés avaient des moyens pour guérir ces maladies rebelles; mais combien devaient être plus nombreuses les opérations incomplètes et les récidives qui en sont l'inévitable conséquence. Autrefois on essayait de pratiquer la ligature, et, s'il était démontré qu'elle était inapplicable, on saisissait la tumeur avec de fortes pinces, afin de la dilacérer et de l'arracher. Déjà, au commencement du siècle dernier, on s'aperçut que cette manière de faire était insuffisante et pleine d'inconvénients sérieux; on songea donc à agrandir les orifices naturels pour rendre l'ablation plus facile et plus complète. Garengeot incisa dans ce but l'orifice des fosses nasales, et Mame le voile du palais. Actuellement, outre un procédé d'ablation, l'écrasement linéaire, nous possédons encore de nouvelles opérations préliminaires qui étendent le champ d'action du chirurgien, en même temps qu'elles rendent son intervention plus efficace et plus sûre. La résection de la voûte palatine, l'ablation du maxillaire supérieur ou sa luxation, la perforation de l'unguis, ont été récemment imaginées pour arriver jusqu'au point d'implantation de la tumeur.

En voyant l'importance considérable qui a été accordée à ces mé-

thodes préliminaires, on est conduit à se demander quelle est leur valeur et quelles sont leurs indications positives. M. Verneuil, résumant l'état de la question, établit le précepte suivant : « Actuellement le traitement de ces polypes exige impérieusement une opération préliminaire. » Toutefois, malgré l'opinion formelle des maîtres de la science, il est possible de rencontrer des cas où ces opérations ne sont point indispensables. Quelques faits tirés de la pratique de M. Desgranges permettaient déjà de soutenir une manière de faire plus en rapport avec les tendances conservatrices de notre art, et les deux observations que je relate aujourd'hui dans ce travail prouveront aussi, je crois, que l'extirpation des polypes naso-pharyngiens peut être pratiquée quelquefois avec un résultat satisfaisant, sans mutilation préalable.

S'il peut y avoir quelque dissidence sur la manière d'enlever les polypes, il est un principe qui domine la question et sur lequel tout le monde tombe d'accord : c'est qu'il faut enlever complétement toutes les racines du mal et surveiller attentivement sa reproduction. M. Nélaton a le mérite d'avoir éveillé l'attention sur ce point important, et maintenant on se préoccupe surtout des moyens propres à empêcher la récidive; parmi ces moyens, nous placerons en première ligne la cautérisation.

En 1860, la question des polypes naso-pharyngiens fut agitée devant la Société de chirurgie ; il en résulta d'importantes communications qui sont consignées dans les comptes rendus de cette savante assemblée. C'est à M. Verneuil que revient la plus large part de ces travaux ; grâce à ses consciencieuses recherches historiques, à son zèle scientifique, à la discussion approfondie qu'il a faite des divers procédés, et à l'ampleur de ses considérations générales, il a rendu un véritable service à l'étude des polypes naso-pharyngiens.

Je me propose, dans ce travail, de présenter quelques remarques anatomiques sur la partie supérieure du pharynx; de passer en revue les méthodes de traitement des polypes et d'examiner leur valeur; enfin, de relater deux observations nouvelles.

Considérations anatomiques sur l'arrière-cavité des fosses nasales. — A la description donnée par les auteurs, je joindrai quelques remarques qui ont rapport au sujet.

L'arrière cavité des fosses nasales est constituée : 1° par une petite *voûte* ou dôme qui a une étendue peu considérable et qui a peu attiré l'attention des anatomistes. Il importe toutefois au chirurgien de la connaître. D'avant en arrière elle est constituée par la partie postérieure du corps du sphénoïde ; par la suture occipito-sphénoï-

dale, et par la moitié antérieure de l'apophyse basilaire. Latéralement, cette voûte s'arrête juste au niveau de la suture pétro-occipitale, à la partie antérieure de laquelle se trouve le trou déchiré antérieur, qui ne donne passage à aucun organe du côté du pharynx. La carotide se trouve sur un plan supérieur et distante de la muqueuse pharyngienne de 1 centimètre 1/2. Le sommet de la voûte paraît correspondre d'une manière assez précise à l'union du sphénoïde et de l'occipital.

2° *La face postérieure* est formée par la moitié inférieure de l'apophyse basilaire et l'articulation occipito-atloïdienne; elle est limitée en bas par le tubercule antérieur de l'atlas, au niveau duquel aboutit le plan de la voûte palatine prolongé en arrière. En haut cette face se continue, sans ligne de démarcation bien sensible, avec la voûte. Grâce à la direction oblique de la partie inférieure de l'apophyse basilaire, aux ligaments et aux muscles qui occupent cette région, il n'y a pas d'angle appréciable à la vue et au toucher, au niveau de l'articulation de l'atlas et de l'occipital. Ces notions anatomiques sont importantes si l'on veut déterminer avec précision l'insertion des polypes; sans elles on peut se figurer que des polypes implantés sur l'apophyse basilaire ont leur racine sur les vertèbres, ce qui doit être fort rare.

3° *Les parois latérales* ne sont formées que par des parties molles : la muqueuse, le constricteur supérieur du pharynx. Là existe un interstice musculaire, limité en avant par les ptérygoïdiens, en arrière par le groupe des styliens. Les polypes y cheminent parfois quand ils viennent se montrer à la face. On trouve là des nerfs et des vaisseaux qui sont les organes les plus importants de la région et sont distants au moins de 1 centimètre 1/2 de la surface de la muqueuse. En avant et en bas est le pavillon de la trompe d'Eustache, qui descend à peu près au niveau du plancher des fosses nasales. L'articulation temporo-maxillaire est très-éloignée de la cavité pharyngienne.

4° *En avant*, le pharynx se continue directement avec les fosses nasales par deux orifices elliptiques séparés par la cloison. Ces orifices ont en moyenne 2 centimètres 1/2 de hauteur sur 2 centimètres de largeur. Le bord postérieur du vomer n'est point situé verticalement, il est oblique de haut en bas et d'arrière en avant, de sorte que les dimensions antéro-postérieures du pharynx sont plus considérables en bas qu'en haut. En haut, la muqueuse forme une légère saillie mousse et arrondie, qui est la seule ligne de démarcation du nez et du pharynx. *Les dimensions* de l'arrière-cavité des

fosses nasales sont les suivantes : *diamètre vertical*, 26 millimètres en avant, 5 centimètres en arrière ; *diamètre transverse* de 4 à 5 centimètres. Sur un sujet, entre les deux trompes d'Eustache, je n'ai trouvé qu'une distance de 3 centimètres. Ces diverses mesures n'ont qu'une importance médiocre, car les tumeurs, qui écartent quelquefois même les os, écartent à plus forte raison les parties molles, et l'exposé anatomique qui précède fait concevoir que les polypes puissent notablement déformer la région sans produire d'accidents immédiats graves.

5° *Les fosses nasales* sont formées en haut par le corps du sphénoïde, creusé par des sinus où s'insinuent parfois les polypes, qui peuvent ainsi pénétrer dans la cavité crânienne, où ils déterminent des accidents mortels. J'ai pris part à l'autopsie d'un enfant de quatorze ans, qui succomba à la suite d'une lésion pareille. Plus en avant, on rencontre la lame criblée de l'ethmoïde, qui résiste peu aux altérations produites par les polypes. Latéralement et en avant se trouve l'unguis, au milieu duquel s'articule le cornet moyen. Ce fait a certaines conséquences pour apprécier le procédé de Rampolla.

Chez la plupart des sujets que j'ai examinés, j'ai vu la muqueuse du pharynx assez épaisse et présentant plusieurs follicules très-développés, ce qui lui donnait un aspect rugueux. Toutefois, cette épaisseur plus grande n'est pas constante. Chez deux vieillards, la muqueuse était au contraire fort mince et très-lisse. Chez une femme de vingt-cinq ans, la muqueuse de la voûte était creusées de plusieurs aréoles régulièrement disposées. L'une d'elles était médiane, c'était la plus grande; les autres, de dimensions moindres, étaient latérales et symétriques. L'épaisseur du tissu fibreux est assez variable, et ne me paraît pas devoir expliquer toujours la prédilection des polypes pour cette région.

Sur six sujets, j'ai mesuré avec soin la distance qui sépare les incisives supérieures de la voûte pharyngienne, en tendant avec une force modérée un fil qui relevait le voile du palais; cette distance est de 8 à 9 centimètres en moyenne. La distance de l'orifice antérieur des fosses nasales à la voûte est également de 8 à 9 centimètres.

Ce résultat paraît extraordinaire au premier abord, car le second fil est rectiligne, tandis que le premier décrit une courbure au niveau du voile du palais ; mais d'abord cette courbure est peu accentuée, et, de plus, l'extrémité inférieure des incisives est située sur un plan vertical postérieur à l'orifice externe des fosses nasales, ce qui explique suffisamment la distance identique.

Un instrument rectiligne, introduit par les fosses nasales, va directement et sans aucune difficulté à la partie supérieure du pharynx.

Quand on touche la voûte pharyngienne avec le doigt indicateur, introduit par la bouche, on trouve une distance de 9 à 10 centimètres; il y a en moyenne 1 centimètre perdu, parce que le doigt ne se modèle pas exactement comme le fil sur la forme des parties. Je pense qu'il est peu de doigts qui ne puissent atteindre à cette profondeur. Pour mon compte, j'ai fait cette exploration sur la tête de cinq adultes morts et de cinq adultes vivants, et chez tous j'ai pu examiner complétement la voûte pharyngienne, sans rencontrer de sérieuses difficultés; toutefois il ne faut pas négliger certaines précautions que je signalerai plus tard. Je suis donc conduit à penser que la palpe digitale suffit pour donner une notion exacte de la disposition pathologique du pharynx.

Si l'on éprouvait quelque peine à introduire directement le doigt sur la ligne médiane, on pénétrerait plus aisément en le plaçant obliquement au niveau des premières molaires; mais, en général, on pénètre si facilement, qu'il est possible d'enfoncer une partie de la première phalange dans l'orifice postérieur des fosses nasales.

On se figurerait à tort que le pharynx est une cavité spacieuse, dont le doigt atteint difficilement les recoins; il n'en est rien, et l'on est étonné de son peu d'étendue et du peu d'espace qu'il présente quand on le touche pour la première fois.

(*La suite au prochain numéro.*)

---

### Réflexions pratiques sur les fractures chez les enfants [1].

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Examinons maintenant comment il faut procéder pour réduire et pour maintenir réduites les fractures chez les enfants.

Nous n'insisterons pas ici sur la manière de procéder à l'extension, la contre-extension et la coaptation, qui se pratiquent comme pour les adultes.

Les fractures chez les enfants présentent ceci de particulier, qu'il n'est pas besoin d'une grande force pour vaincre le déplacement. Même chez les blessés de treize à quatorze ans, il suffit de tractions modérées pour opérer la réduction.

Du reste, nous avons déjà dit que les fragments ont peu de tendance à se déplacer chez les jeunes enfants.

[1] Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 302.

La fracture étant réduite, ou n'ayant pas besoin de l'être, nous employons les appareils amovibles ou les appareils inamovibles.

Nous préférons les appareils amovibles toutes les fois qu'il y a à surveiller le siége de la fracture. Or il en est ainsi non-seulement dans une fracture compliquée, lorsque les parties molles ont été divisées ou que l'on a des raisons de craindre la reproduction des déplacements, mais encore dans une fracture simple. Un autre motif encore nous fait souvent préférer les appareils amovibles chez les enfants: lorsque la fracture siége au membre inférieur, il arrive fréquemment que l'appareil est souillé par les excréments et par l'urine. Si l'on applique dans ce cas un appareil dextriné ou plâtré, il s'imbibe et devient irritant pour la peau, et quelquefois il se ramollit et cesse de remplir les indications.

Lorsqu'on lève l'appareil chez l'enfant, pour le changer ou pour vérifier à ciel ouvert l'état des parties, on éprouve beaucoup moins de difficultés que chez l'adulte à maintenir les fragments en rapport. Le volume peu considérable des membres favorise mieux l'immobilisation, pendant le changement, que chez les grandes personnes. En usant de quelques précautions, on ne court aucun danger à visiter les parties recouvertes par le pansement; on voit s'il n'existe ni phlyctènes ni excoriation; cela sert enfin à constater l'état du cal, qu'on peut redresser s'il y a lieu.

Cette surveillance active ne doit pas être négligée chez les jeunes sujets, car chez eux surtout la peau est facilement blessée par les appareils, et ces blessures peuvent être le point de départ d'accidents graves, tels que l'érysipèle, des escarres profondes, dont la suppuration abondante retarderait la consolidation.

Toutes les fois au contraire qu'il n'existe pas de plaie, que l'on n'a pas à craindre de déplacement ni le contact d'un liquide pouvant ramollir l'appareil ou l'empêcher de durcir, nous ne rejetons pas les appareils inamovibles.

Nous avons recours aux mêmes moyens contentifs, lorsque les inconvénients qui précèdent ne sont plus à craindre. Voilà pourquoi, sur le même malade, nous commençons quelquefois le traitement par les premiers appareils et nous terminons par les seconds.

En résumé, nous pouvons dire que nous préférons dans le plus grand nombre des cas les appareils amovibles, qui nous permettent de voir, au moins deux ou trois fois pendant le traitement, le point de la fracture, ce qui nous permet de modifier, s'il y a nécessité, la formation du cal, et de combattre plus sûrement les raccourcissements.

Passons rapidement en revue la manière dont nous appliquons dans nos salles les divers appareils appropriés à telle ou telle fracture.

Nous ne décrirons pas chaque fracture en particulier : ces descriptions sont dans tous les traités de chirurgie ; il en est de même pour les appareils. Nous parlerons seulement de quelques appareils sur lesquels nous croyons utile d'insister. On peut à ce sujet consulter avec fruit le *Traité des fractures chez les enfants*, publié en 1861, par M. le docteur Coulon, élève de mon collègue M. Marjolin.

Les fractures du crâne, de la mâchoire, de l'omoplate, des côtes, des vertèbres et du bassin ne donnent lieu à aucune considération spéciale chez les enfants.

Il n'en est pas de même des fractures de la clavicule, qui sont loin d'être rares chez eux.

Elle sont en général incomplètes, le périoste et même quelques fibres osseuses ont résisté à l'action traumatique.

Pour les enfants comme pour les adultes, on a imaginé plusieurs genres de pansements pour la fracture de la clavicule ; de tous ces bandages le plus simple est celui de Desault, modifié par Dupuytren, celui que nous lui avons vu mettre constamment à l'Hôtel-Dieu, et que nous mettons toujours chez les adultes et chez les enfants.

Il consiste en : 1° un coussin cunéiforme de laine recouvert de toile assez fine et demi-usée ; 2° deux bandes de toile de trois travers de doigts de large, et de 4 à 5 mètres de long ; et 3° un morceau de linge assez large pour envelopper la poitrine, le bras étant appliqué le long du tronc, l'avant-bras étant fléchi au devant de la poitrine.

Pour l'appliquer, il faut procéder à la réduction, qui consiste à placer le malade debout, ou mieux assis sur un tabouret, s'il est possible. On écarte légèrement le bras du côté malade, on place dans le creux de l'aisselle la base du coussin, qui est soutenu par un aide au moyen de rubans cousus aux angles antérieur et postérieur de cette base. Nous le supprimons très-souvent, sans inconvénients, chez les enfants. Un aide abaisse le bras sur le coussin, en portant le coude du malade en dedans et appliqué le long de la poitrine ; on porte ainsi l'extrémité supérieure de l'humérus en haut, et l'extrémité inférieure en avant, en fléchissant l'avant-bras et le plaçant, la main à plat, au devant de la poitrine. Il faut préalablement saupoudrer l'aisselle, l'avant-bras et la main avec de l'amidon.

La première bande est destinée à former des doloires qui embrassent circulairement la base de la poitrine en maintenant le

coude, l'avant-bras et la main sur cette partie. Pendant ce temps l'aide maintient le coude et le porte en avant, en poussant l'humérus en haut. Les tours de bande circulaires doivent monter seulement jusqu'à l'insertion du deltoïde, pour ne pas presser l'extrémité supérieure de l'humérus en dedans, ce qui arriverait si l'on appliquait les tours de bande trop haut.

La seconde bande est placée en doloires au devant et en arrière de la poitrine, obliquement, en passant du coude à l'épaule du côté sain, et en soutenant fortement le membre dans cette position, de manière qu'après l'application de cette bande, l'épaule du côté malade soit fortement élevée et portée en arrière. Ainsi se trouve remplie l'indication de la réduction, et l'épaule tire ainsi sur le fragment externe, qui est le seul mobile. En poussant le coude en avant on fait porter l'extrémité interne du fragment externe en avant, et l'on combat ainsi sa disposition à se diriger en arrière du fragment interne.

Dans beaucoup de circonstances, surtout chez les enfants de quelques mois ou les nouveau-nés, nous nous contentons seulement des bandes appliquées convenablement pour tenir le bras et l'avant-bras à demi-fléchis contre la poitrine, et dont les doloires sont maintenus par des points de fil, afin d'éviter que l'appareil ne glisse.

Le bandage Mayor remplit assez bien le même but; aussi l'employons-nous quelquefois au lieu de bandes.

Nous nous sommes servi souvent, avec succès, de la fronde de Delpech et de l'appareil de Desault. Mais lorsqu'il n'y a pas de chevauchement, nous supprimons le coussin cunéiforme, destiné à fournir un point d'appui à l'humérus, qui agit comme levier sur l'omoplate, et tire ainsi en dehors le fragment externe de la clavicule. En ne l'employant pas, on évite la compression des vaisseaux axillaires, ainsi que celle de la poitrine, qui peut être nuisible, surtout chez de très-petits enfants.

Dans les fractures de la partie moyenne du bras, nous employons le bandage roulé ordinaire avec trois attelles appliquées sur les premiers tours de bande qu'on fait d'abord sur le bras; nous tenons toujours l'avant-bras fléchi sur le bras.

Nous ne mettons pas d'attelles à la face interne du membre, de peur de comprimer les vaisseaux et les nerfs. Les membres des jeunes enfants sont arrondis, sans creux ni saillies, d'où il résulte que les compresses graduées ne sont d'aucune utilité.

Nous commençons par envelopper tout le membre de circulaires,

en ayant soin de garnir le pli du coude avec un peu d'ouate. Puis avec le reste de la bande nous fixons les attelles par de nouveaux circulaires.

On peut employer avec avantage le bandage inamovible, s'il n'y a pas d'inflammation ni de gonflement.

Lorsque la fracture a son siége à l'une des extrémités humérales, nous nous contentons d'immobiliser le membre par un bandage roulé.

Quand le col est fracturé, un bandage de corps, ou des tours de circulaires maintenant le bras sur le thorax comme pour la clavicule, remplissent très-bien les indications.

Dans ces derniers cas les attelles ne serviraient à rien, puisqu'elles ne porteraient qu'imparfaitement sur les deux fragments.

Pour les fractures de la partie moyenne de l'avant-bras, il nous suffit, commepour les adultes, de comprimer dans le sens de l'espace interosseux, avec des compresses graduées et deux attelles, une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'avant-bras, maintenues par des tours de bande, ou bien par trois bandelettes de sparadrap diachylon gommé, appliquées en haut vers la partie supérieure au-dessous du coude, en bas, vers le poignet et au milieu entre les deux autres.

Dans ce dernier cas on peut visiter les parties malades sans le secours d'aides et sans déranger l'appareil. On peut même desserrer une bandelette sans enlever le bandage en totalité, et l'on voit l'avant-bras presque à nu entre les bandelettes qui maintiennent les attelles.

Si l'extrémité inférieure du radius est fracturée, on doit avoir soin de porter obliquement la main du côté du cubitus, soit à l'aide de la bande ou de la bandelette convenablement appliquée, soit à l'aide de l'attelle coudée de Dupuytren ou de celle de Blandin.

Les fractures du coude s'observent fréquemment dans le jeune âge, et méritent la plus grande attention de la part du chirurgien. Elles sont toujours compliquées, car elles n'ont lieu que par cause directe. La tuméfaction est bientôt si considérable, qu'il est dificile de porter un diagnostic certain.

Mais, une fois la fracture reconnue, que faut-il faire?

Lorsque l'articulation est très-douloureuse et fortement tuméfiée, il est prudent d'appliquer quelques sangsues et de ne rien négliger pour empêcher ou modérer les effets de l'arthrite traumatique, toujours sérieuse chez les enfants. En agissant ainsi, je n'ai jamais vu d'inflammations graves après les violences extérieures.

Une fois les accidents inflammatoires conjurés, on s'occupe de la fracture. Alors les indications sont différentes, suivant le siége de la solution de continuité de l'os.

Lorsque c'est l'olécrane qui est séparé du cubitus, on maintient l'avant-bras dans l'extension forcée avec un coussin et une attelle étendue sur le bras et l'avant-bras.

Le triceps brachial se trouve ainsi relâché, et les fragments éprouvent moins d'écartement que dans toute autre position. Mais il ne faut pas prolonger trop longtemps cette extension ; de plus il importe, en renouvelant le pansement, d'imprimer à l'articulation des mouvements de flexion, et, dès que la consolidation est faite, de mettre l'avant-bras en demi-flexion.

Pour l'arrachement de l'apophyse coronoïde, il faut au contraire fléchir l'avant-bras et le maintenir par une écharpe, ou mieux encore par une série de huit de chiffres jetés du bras sur l'avant-bras.

Lorsque la fracture du coude est multiple ou comminutive, s'il existe une contusion très-violente, s'il est à craindre que l'inflammation n'amène la perte des mouvements de l'articulation, il faut placer celle-ci dans la demi-flexion; car, dans cette position, une ankylose est bien moins gênante que si le membre était étendu.

Les accidents inflammatoires étant passés, c'est dans ce cas que nous nous sommes bien trouvé des bandages inamovibles, en n'oubliant pas qu'après vingt-cinq ou trente jours au plus, il faut retirer l'appareil et combattre avec précaution l'ankylose.

Les fractures de la main et des doigts se présentent dans les mêmes conditions que chez les adultes et sont traitées de même, c'est-à-dire que l'on fixe la main sur une palette de bois.

Dans les fractures de cuisse, nous n'appliquons souvent, pour les tout jeunes enfants, qu'un simple bandage roulé avec trois attelles, dont l'une est en dehors de la cuisse, s'étendant du grand trochanter au-dessus du condyle externe; l'autre, en dedans du pli de l'aine, au-dessous du condyle interne ; enfin, la troisième, en avant du pli de l'aine, au-dessus de la rotule. Ces attelles sont placées par-dessus les premiers tours de bande appliqués autour de la cuisse. Les premiers tours de bande couvrent tout le membre, sur lequel les attelles exercent une compression modérée, régulière ; une seconde bande fixe les attelles.

L'application de ces dernières doit être faite avec le plus grand soin. Il faut prendre garde qu'elles ne portent sur les saillies os-

seuses, car chez les jeunes sujets la pression amène vite la gangrène des téguments.

L'attelle externe doit être assez longue pour dépasser l'os iliaque, être prise dans des tours de bandes ou dans un bandage de corps, et servir ainsi à fixer le bassin. En procédant ainsi, on évite l'application des coussins de balle d'avoine, que les enfants salissent si vite. Une fois l'appareil posé, on le recouvre d'une toile cirée pour le garantir de l'urine et des déjections.

Chez les enfants déjà un peu grands, nous donnons la préférence à l'appareil de Scultet, et nous employons toujours les attelles immédiates de Dupuytren, appliquées sur les premières compresses qui entourent la cuisse et qui n'empêchent pas l'emploi des coussins et des grandes attelles ordinaires. C'est à ces attelles immédiates que nous devons la régularité du cal chez les enfants comme chez les adultes. C'est surtout au moment de l'application des petites attelles qu'il faut faire tous ses efforts pour obtenir une réduction et une coaptation parfaites. Pour compléter cet appareil, nous ne négligeons jamais l'emploi d'un bandage de corps, qui doit préalablement entourer la partie supérieure de la grande attelle externe, et qui embrasse ensuite le bassin, en venant se fixer solidement, par de nombreuses épingles ou par des points de fil, sur la portion du bandage qui enveloppe l'attelle externe.

Dans les fractures de la jambe, nous appliquons également trois attelles avec le bandage roulé. Nous évitons avec le plus grand soin de faire porter les attelles sur la crête du tibia. Lorsqu'il n'y a pas de complications et que rien ne fait craindre un déplacement consécutif, nous appliquons volontiers dès le commencement un appareil inamovible.

Les fractures de la rotule sont rares chez les jeunes enfants. Nous en avons observé trois ou quatre seulement depuis que nous exerçons à l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Nous n'avons rien de particulier à dire sur le traitement. Il faut tenir le membre dans l'extension.

Les fractures du pied offrent ici les mêmes indications que chez les adultes. Comme pour ces derniers, nous fixons les parties lésées sur des semelles de bois convenablement matelassées. Si les parties molles sont divisées, nous avons recours, avec grands avantages, aux irrigations continues.

Pour toutes les fractures que nous venons de passer en revue, nous arrosons habituellement tous nos bandages, au moment de leur application, avec un liquide résolutif, tel que l'eau blanche ou

l'eau-de-vie camphrée étendue d'eau, pourvu qu'il n'existe pas de plaies.

Quand faut-il lever définitivement les appareils? Chez les nouveau-nés, douze jours suffisent à la consolidation. Pour les enfants de deux ans environ, il est prudent d'immobiliser le membre pendant vingt jours. Entre deux et quinze ans, il faut en moyenne maintenir l'appareil pendant vingt-cinq jours.

Il est rare, après ce temps, de trouver une fracture non consolidée. Cela s'observe cependant dans les cas de fractures compliquées ou de causes locales ou de causes générales. La consolidation peut se faire attendre plus ou moins longtemps; c'est au chirurgien à reconnaître quelle peut être la cause. Si la fracture est compliquée d'une plaie, il peut se faire que cette plaie soit entretenue par la présence d'une portion d'os qui se nécrose, et alors il faut s'en assurer par l'examen de la plaie, et attendre que le séquestre sorte. Si c'est une cause générale, il faut la combattre par les moyens appropriés.

Si une fracture ne se consolide pas et qu'on ne trouve aucune cause pour expliquer la non-consolidation, on peut employer des moyens chirurgicaux.

Ces cas de non-consolidation se présentent rarement chez les enfants. Cependant il faut d'abord mettre en usage l'immobilité prolongée dans des appareils inamovibles.

Si ce moyen ne suffit pas, on pourra essayer l'acupuncture de la pseudarthrose avec des aiguilles rougies à blanc, les sétons, la rugination des fragments, la résection des extrémités osseuses. Le docteur Rainard a réussi à enflammer des extrémités osseuses en les perforant dans différentes directions. Nous devons dire que tous ces moyens ont échoué dans nos mains pour une fracture de jambe chez une petite fille dont nous avons parlé plus haut.

Quant aux cals vicieux, on peut, dans certaines fractures des membres, même au bout de trois ou quatre mois, les redresser plus facilement chez les enfants que chez les adultes, en appliquant les appareils ordinaires, plus ou moins modifiés, suivant les circonstances.

*Traitement hygiénique et médical.* — Il faut que la pièce où se trouvent les petits malades soit bien aérée et maintenue à une température convenable.

La propreté est indispensable, et il faut changer le linge des enfants toutes les fois qu'il est souillé, sans quoi on ne tarderait pas à avoir là un foyer d'infection. Une bonne nourriture est de la der-

nière importance, lorsqu'il n'existe aucun phénomène de réaction générale; les enfants se trouvent toujours bien d'un régime tonique. Il faut se garder de sevrer ceux qui sont au sein.

On comprend qu'il est toujours indiqué de combattre la cause qui paraît pouvoir retarder la consolidation. Ainsi, lorsque le malade est atteint de scrofule, de syphilis, de rachitisme, il faut prescrire un traitement approprié à chacune de ces affections. C'est pourquoi nous prescrivons souvent l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, etc., à nos fracturés.

Lorsqu'il survient des complications, il faut, en règle générale, s'empresser d'y remédier, même en négligeant momentanément le traitement de la fracture, s'il y a nécessité; des deux maux, il faut choisir le moindre.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Examen chimique de la racine de l'iris officinale cultivée en France.

Par M. Stanislas Martin, pharmacien.

Pour fêter sa fleur favorite, la violette, Ange Politien a composé les vers suivants :

Molles ô violæ, veneris munuscula nostræ,
Dulce quibus tanti pignus amoris inest,
Quæ vos, quæ genuit tellus? Quo nectare odoras
Sparserunt zephyri mollis et aura comas?

Ce poëte charmant avait raison de chanter cette fleur, que les mythologistes ont prise comme emblème de la modestie, parce que, cachée sous le gazon, elle décèle au loin sa présence par un arome aussi suave que délicat. L'arome de la violette a été recherché par tous les peuples; les Grecs et les Romains l'avaient, comme nous, en très-grande estime.

Aujourd'hui le parfum de la violette n'entre pas seulement dans les cosmétiques qui sont destinés à la toilette, le pharmacien l'emploie également dans la composition des pâtes de certaines pastilles, et d'une infinité d'autres bonbons médicamenteux ou d'agrément.

Malheureusement l'arome de la fleur du *viola odorata* est si fugace qu'on ne peut le fixer; on a dû lui chercher un congénère : on l'a à peu près trouvé dans le rhizome de cette autre plante que les mythes disent fille de Minée, et que les botanistes appellent *iris Florentina*.

La racine de l'iris de Florence a été analysée en 1815, par Vogel; ce chimiste l'a trouvée composée : de gomme, d'un extrait brun, de fécule amylacée, d'huile grasse âcre, amère, d'huile volatile ayant, la forme de paillettes blanches, de fibres végétales.

En 1825, MM. Caventou et Chevallier ont présenté à l'Académie de médecine une note sur les propriétés toxiques d'une poudre de racine d'iris de Florence; cette action fut attribuée à une huile âcre que Vauquelin en avait également isolée: le même principe toxique fut découvert en 1826 par M. Lecanu dans la racine de l'*iris fœtidissima*.

En 1835, M. Dumas a communiqué à l'Académie des sciences quelques observations sur la racine de l'iris de Florence; le résultat du travail de ce chimiste était, que les vapeurs de l'eau chaude entraînent avec elles un produit nacré cristallisé et lamelleux, insoluble dans l'eau et susceptible d'être recueilli par la filtration; c'est le même principe qui fut signalé par Vogel et qui a pour formule : $C^8H^8O$.

En 1851, la racine d'iris de Florence réduite en poudre fut le sujet d'une autre observation. M. Poulenc avait constaté que, lorsqu'on met cette substance en contact avec une solution de sulfate de zinc, il se produit une coloration en rose très-foncé; que cette coloration n'est pas due à des principes particuliers à la racine, mais bien à l'état d'impureté du réactif, qui contient du fer.

En 1837, nous avons donné dans le *Bulletin de Thérapeutique*, un procédé pour isoler de la racine de l'iris officinale son principe aromatique; l'éther sulfurique, que nous conseillions d'employer comme agent dissolvant, laisse après lui une odeur particulière persistante, si peu agréable, que les parfumeurs ont dû l'abandonner.

Aujourd'hui on procède de deux manières pour extraire de cette racine le résinoïde aromatique qu'elle contient : on emploie ou la distillation aqueuse ou la distillation alcoolique.

On procède pour la distillation aqueuse de la manière suivante : on met dans un bain-marie criblé de trous de la racine d'iris de Florence réduite en poudre fine ; on fait arriver dessus de la vapeur d'eau chaude; l'hydrolat qu'on obtient a une couleur opaline, une odeur aromatique qui n'a pas cette finesse ni cette suavité qu'exhale la fleur de violette; sa saveur est forte et pénétrante ; concentré, il rappelle l'odeur et la saveur de la racine ; cette odeur et cette saveur deviennent plus suaves lorsqu'ils sont très-étendus; cet hydrolat tient en suspension un résinoïde qu'on peut isoler du liquide par la filtration.

Le résinoïde de l'iris est soluble dans l'alcool rectifié, les éthers, les huiles fixes, les huiles volatiles, les corps gras ; les alcalis le saponifient; on le fait entrer dans quelques parfums ; sa valeur commerciale est d'un prix élevé, aussi tâche-t-on de lui donner pour succédané un mélange d'huiles essentielles, parmi lesquelles figure l'essence d'un géranium.

Pendant la distillation il faut noter que, si on élève trop les vapeurs de l'eau, il y a une perte de résinoïde ; la même perte a lieu si on les refroidit trop brusquement, parce que le principe aromatique volatile se fixe au col de l'alambic ou s'arrête dans le serpentin, d'où l'on ne peut l'en détacher que difficilement.

La distillation alcoolique donne un résinoïde plus abondant que la distillation avec l'eau, et cependant son prix de revient est le même, parce qu'il y a une certaine perte d'alcool.

On fait cette distillation de la manière suivante : on dispose la racine de l'iris réduite en poudre dans un appareil à déplacement, on verse dessus et à diverses reprises de l'alcool rectifié en suffisante quantité pour l'épuiser de tous ses principes solubles, on réunit les colatures, on filtre au papier, puis on distille au bain-marie jusqu'à siccité, en ayant toutefois l'attention de recevoir l'alcoolat dans un grand vase plein d'eau et de manière à ce que les deux liquides se mêlent ; dans la circonstance, l'alcool, n'étant plus en assez grande quantité pour retenir le résinoïde en dissolution, se sépare ; on filtre pour l'isoler.

Depuis longtemps les fabricants de pois à cautères avaient constaté que la racine de l'iris qui nous vient d'Italie est facilement attaquée par un insecte qu'ils appellent *gousson;* leurs pertes étaient telles, que quelques-uns nous prièrent de trouver un moyen d'y remédier sans pour cela nuire aux principes constituants et à l'aspect physique de la substance.

Nous leur conseillâmes d'employer le procédé que nous avions proposé en 1838 et 1839 dans le *Bulletin de Thérapeutique,* pour préserver les cantharides de la *mite* et les pois d'iris de l'*anobium puniceum;* ce procédé consiste à renfermer les substances dans des boîtes, ou mieux encore dans des flacons en verre qui ferment hermétiquement et à verser dedans de temps en temps quelques gouttes d'éther sulfurique; mais comme ce moyen devenait trop dispendieux, ils cherchèrent à y remédier en cultivant en France le même iris qu'ils faisaient venir d'Italie ; les essais furent si heureux, qu'en 1854 M. Alfred Martin, pharmacien à Belley, adressait à M. Guibourt une lettre pour la Société de pharmacie, dans laquelle notre con-

frère disait que dans le département de l'Ain on cultivait cette plante, et qu'annuellement on récoltait 1,500 à 1,600 kilogrammes de racine dont on peut faire 17 à 18 millions de ces petits boules qu'on appelle dans le commerce *pois d'iris, pois à cautères.*

Tous ceux qui s'occupent d'histoire naturelle savent que certaines plantes exotiques, cultivées sous notre climat, éprouvent de grandes modifications dans leur aspect physique et leurs principes constituants. En 1838 nous avons consigné dans le *Bulletin de Thérapeutique* un exemple de ce phénomène, à la suite de nos recherches sur l'*aloes margarifera* cultivé dans nos serres, comparé avec celui qui croît librement sur le sol d'Afrique. Aujourd'hui, nous avons voulu savoir si la racine de l'iris de Florence récoltée en France est identique dans sa composition chimique avec celle que nous envoie l'Italie; pour cela, nous avons pris le travail de M. Vogel comme point de départ et de comparaison; nous avons constaté que l'iris de France contient tous les principes de l'iris exotique, qu'il a, de plus, une matière résineuse qui a beaucoup de l'aspect physique de cette glu que laisse après elle l'écorce putréfiée de l'*ilex aquifolium.*

On retrouve cette matière dans le bain-marie, à la suite de la distillation de l'alcoolé; elle est très-fusible, soluble dans les éthers, dans les huiles essentielles, elle se mêle aux corps gras. Elle est insoluble dans la glycérine; le carbonate de potasse ou de soude la saponifie; son odeur est aromatique, sa saveur rappelle la saveur de la racine; elle brûle en répandant une vapeur fuligineuse aromatique qui n'est ni agréable ni désagréable; elle a un peu d'analogie avec l'odeur de l'oliban; malaxée entre les doigts, elle y adhère; on peut la priver complétement de son odeur par des traitements successifs avec l'alcool et l'eau; pour cela, on opère de la manière suivante : on met la matière résineuse dans un matras, on verse dessus le double de son poids d'alcool rectifié, on chauffe légèrement, s'il est besoin; lorsque la solution est complète, on lui ajoute dix fois son poids d'eau bouillante, on agite fortement pendant dix minutes, on filtre au papier; par le refroidissement, le résinoïde apparaît. Cette résine, mise au contact de l'air atmosphérique, prend avec le temps une couleur brun foncé, l'acide nitrique lui donne une couleur jaune très-prononcée. Quelle est son action thérapeutique? nous l'ignorons, n'ayant fait aucun essai à ce sujet; c'est une étude à faire, nous l'entreprendrons.

---

**Nouvelles formules de sirop fébrifuge.**

Par M. Paul Maurice, pharmacien à Libourne.

Nos contrées, la Gironde et les départements limitrophes, sont un des points de la France où l'influence du miasme paludéen se fait le plus vivement sentir ; aussi les praticiens qui y exercent ont toujours à compter avec cet élément pathogénique. Couper la fièvre est facile, en prévenir le retour est tout autre chose; car le sulfate de quinine, si puissant pour faire disparaître le phénomène *accès*, n'a pas la même prise sur le fond de la maladie, la *diathèse*. Incité par les médecins qui m'entourent à leur livrer une préparation plus efficace que celles en usage, j'ai composé le sirop suivant, et les bons effets dont j'ai été le témoin m'engagent à vous en adresser la formule.

*Sirop de quinium et de quinquina.*

| | |
|---|---|
| Pr. Quinium titré.................... | 6 grammes. |
| Extrait hydro-alcoolique de quinquina jaune (dosé à 10 centigrammes de quinine pure par gramme)....... | 4 grammes. |
| Acide citrique.................... | 10 grammes. |
| Eau distillée..................... | Q. S. |
| Sucre blanc...................... | 250 grammes. |
| Teinture de zestes frais d'oranges... | 4 grammes. |

F. S. A. un sirop.

La dose pour un adulte est de trois cuillerées à bouche par jour; elles sont prises d'heure en heure, après l'accès, les jours de fièvre, à deux heures d'intervalle les autres jours. Lorsque les accès ont cessé, on finit la bouteille en prenant une seule cuillerée le matin, au réveil.

Pour les enfants, la dose est moitié moindre; le mode d'administration est le même, on remplace la cuiller à bouche par celle à café.

L'acide citrique contenu dans le sirop favorise singulièrement la dissolution de tous les principes utiles du quinquina, et l'addition de la teinture de zestes d'oranges sert à masquer la saveur des alcaloïdes de l'écorce péruvienne.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**De l'iatraleptie par substitution parenchymateuse. Réclamation.**

Je viens de lire dans le dernier numéro (page 332) de votre excellent journal un résumé d'un mémoire récemment présenté

par M. le docteur Luton, de Reims, à l'Académie des sciences, sur la *substitution parenchymateuse*. Vous auriez pu revendiquer pour l'un de vos collaborateurs dévoués la priorité de cette méthode thérapeutique. Pendant l'année 1860 j'eus l'honneur de vous adresser un mémoire sur les modifications apportées dans la profondeur des tissus malades à l'aide de l'introduction de liquides les plus variés. Ce travail que vous avez eu la bonté d'insérer dans votre précieux recueil, en trois articles ([1]), consiste dans l'exposition de la méthode que M. Luton croit avoir mise en avant, et que j'ai appelée *méthode endorganique*. Dans ce résumé des essais nombreux et variés depuis longtemps faits publiquement dans mon service clinique on lit : « Ces essais d'injections très-variées dans la vessie étaient dictés par l'application générale d'une méthode que nous appelons *endorganique*. Nous tentons ainsi de déterminer des modifications thérapeutiques dans les organes malades, en y portant directement les remèdes divers que l'on emploie communément soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. Ainsi toutes les substances utilisées en frictions, pommades, emplâtres, pilules, potions, etc., sont portées par nous jusqu'au sein de la partie lésée. Tantôt ce sont des cavités naturelles, tantôt ce sont des tissus normaux, d'autres fois des organes altérés, souvent enfin des produits morbides. Les sondes ordinaires, les trocarts de différentes dimensions, des seringues volumineuses ou exiguës, telles que celles d'Anel ou de Pravaz, des seringues en verre sur lesquelles nous avons fait tracer une graduation à millimètres, nous servent en pareilles circonstances. Les substances les plus diverses sont injectées suivant les indications thérapeutiques. » Et tout le mémoire n'est que la démonstration variée de cette méthode.

Du reste, ce mémoire était un résumé de mon enseignement officiel depuis plusieurs années. Aussi, bien des leçons, des essais multipliés l'avaient précédé comme ils l'ont suivi. Aussi, plusieurs dissertations inaugurales soutenues devant notre Faculté, et notamment celle de M. le docteur Chaumery ([2]) en sont la démonstration.

Ce ne sont pas seulement les tissus, les organes, qui sont depuis longtemps l'objet de nos tentatives thérapeutiques ; les liquides, le sang, le pus, etc., sont modifiés par les injections de substances diverses et indiquées. Aux faits insérés déjà dans le *Bulletin de*

([1]) *Bullet. de Thérapeut.*, 1860, t. LVIII, p. 215, 251 et 298.
([2]) *Quelques applicat. Méthode endorganique*. Thès. Montp., 1860, n° 55.

*Thérapeutique* et dans les thèses de la Faculté nous en pourrions joindre un grand nombre d'autres. Nous nous bornerons à signaler à cette occasion le suivant :

*Névralgie opiniâtre du trifacial. — Injections modificatrices jusque sous le trou ovale.—Amélioration longtemps soutenue*, etc.

Le 17 janvier 1861, la dame Drouillon, âgée de soixante-deux ans, fut placée dans la salle Martin-Tisson pour y subir un traitement contre une névralgie opiniâtre du côté droit de la face. Elle raconte que pendant longtemps elle jouit d'une bonne santé, mais souffrant parfois de migraine ou de quelques douleurs diverses. Elle était parvenue vers sa soixantième année, quand, à l'occasion de vifs chagrins et d'un refroidissement brusque, elle ressentit des douleurs intenses dans la profondeur de la fosse zygomatique droite. Ces douleurs s'irradièrent le long du maxillaire inférieur jusqu'au trou mentonnier, sous le bord inférieur de cet os, sur le côté droit de la langue. Quoique moins vives, les douleurs se font encore sentir sur le trajet des deux autres branches du trifacial. Il en résulte une sorte d'état convulsif très-douloureux de la face et surtout de la mâchoire au moindre mouvement, état qui devient de plus en plus intolérable. Le canal de Sténon, dont l'ouverture buccale est très-béante, laisse échapper une grande quantité de salive. Les sens de l'ouïe, de l'odorat et du goût sont notablement affaiblis. Enfin il existe derrière le col du condyle de la mâchoire inférieure un ganglion induré, squirrheux, qui semble se lier soit à un petit tubercule cancéreux de la joue, soit à une tumeur pareille de la fosse zygomatique.

Contre une maladie aussi longue et aussi violente on a déjà mis en œuvre narcotiques, vésicatoires, acupuncture et même l'arrachement de huit dents, sans aucun succès. Aussi nous nous proposons de pratiquer l'excision de la branche inférieure du trifacial dans la fosse zygomatique, à travers l'échancrure agrandie du maxillaire. Plusieurs essais sur le cadavre, faits devant les élèves, nous ont déjà permis de nous fixer sur le manuel opératoire, lorsque nous songeons, avant de recourir à une opération aussi laborieuse, à porter sur le point d'émergence de la branche nerveuse principalement lésée une solution de sulfate d'atropine, de morphine, etc.

En étudiant la disposition anatomique de la fosse zygomatique, on reconnaît la possibilité de porter sur le trou ovale l'extrémité du petit trocart et de la canule de la seringue de Pravaz. Il suffit de faire ouvrir la bouche au malade, et, à travers l'espace ainsi élargi entre l'arcade zygomatique et l'échancrure sigmoïde du maxillaire,

le petit instrument pénètre au centre, rase l'arcade, la face externe de la grande aile du sphénoïde, et arrive au trou ovale, sur la branche nerveuse, de manière à passer au-dessus de l'artère maxillaire interne et du plexus veineux correspondant. Tel fut le manuel opératoire mis en œuvre sur notre malade, sans aucun inconvénient. Ainsi furent poussées huit injections de dix à quinze gouttes de la solution ordinaire de sulfate d'atropine à trois jours d'intervalle, et trois injections de sulfate de morphine. Ces manœuvres permirent d'obtenir le but désiré, car la malade accusait une vive souffrance au moment où la canule de la petite seringue touchait la branche nerveuse, et une diminution successive des accès douloureux. Après avoir ainsi modifié le principal nerf malade, nous poursuivîmes les deux autres branches du trifacial, lésées à un moindre degré, à la faveur de la même méthode thérapeutique. Les injections modificatrices furent portées dans le trou sus-orbitaire et dans le canal sous-orbitaire. Le 10 mars cette dame quittait notre service ayant obtenu une guérison qui paraissait définitive.

Toutefois le 18 juillet suivant elle rentrait dans nos salles pour le même mal, aggravé de l'extension de la tumeur cancéreuse de la joue et du cou. Les mêmes injections furent encore employées de la même manière, et avec un succès semblable. Mais il restait encore parfois des douleurs profondes, que nous attribuâmes à la présence, dans la fosse zygomatique, de ganglions continus avec ceux du cou et avec l'ulcère de la joue. Nous refusâmes d'extirper cette altération, et la malade revint à son pays ayant obtenu, sinon une guérison complète, du moins une amélioration très-marquée dans ses accès d'atroces souffrances.

Ce fait m'a paru digne d'être rapporté dans cette simple réclamation, afin de prouver que la méthode endorganique reçoit de temps en temps dans notre service les applications les plus hardies. Nous n'avons pas reculé encore à porter des modificateurs énergiques jusque sur la rétine pour combattre l'amaurose, alors que l'ophthalmoscope ne nous avait pas encore fait découvrir les lésions aujourd'hui connues. Les ganglions lymphatiques engorgés ont été l'objet d'essais analogues et des plus variés; les vaisseaux, les viscères, les testicules, les articulations, les os, enfin tous les tissus, toutes les parties malades ont été plus ou moins heureusement modifiés à l'aide d'injections les plus diverses. L'énumération serait encore bien longue si nous signalions les tentatives dont actuellement nos salles peuvent offrir des exemples. Terminons cette revue en rappelant aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* les

essais que depuis bien des années nous avons institués l'un des premiers, et que Spérino signale, pour combattre les altérations cancéreuses à la faveur de l'introduction de différents virus, et notamment celui de la syphilis.

Ce résumé des applications infiniment variées de la méthode endorganique démontrera sans peine la priorité qui revient à l'un des plus dévoués de vos collaborateurs. ALQUIÉ,

Professeur à la Faculté de Montpellier.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Anatomie de l'oreille appliquée à la pratique et à l'étude des maladies de l'organe auditif*, par M. le docteur DE TROELTSCH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Wurzbourg, traduit de l'allemand avec la collaboration de l'auteur, par M. le docteur VAN BERVLIET.

Ce qui frappe à la lecture de ce petit traité, c'est, ainsi que le dit son savant traducteur, son objet et sa qualité essentiellement pratiques. A ce titre, il ne ressemble pas aux traités ordinaires d'anatomie, ouvrages dont le caractère descriptif revêt toujours une forme plus ou moins aride. Les détails anatomiques y sont exposés sous le jour où ils ont dû nécessairement frapper l'auteur. Praticien distingué, cultivant une branche spéciale de l'art, M. de Troeltsch a dû voir dans chaque rapport anatomique les circonstances plus particulièrement applicables à la thérapeutique ou à la pathogénie. Aussi, en lisant son livre, est-on agréablement surpris en reconnaissant qu'on a fait un petit cours sur les maladies de l'oreille. A cet égard, nous approuvons fort son judicieux interprète, quand il dit que cet ouvrage sert en quelque sorte d'introduction au traité des maladies de l'organe de l'ouïe du même auteur, lequel obtient, paraît-il, en Allemagne, un grand et légitime succès, succès dont personne ne s'étonnera après avoir lu celui dont nous nous occupons aujourd'hui.

Nous ne dirons rien sur l'ordre suivi par l'auteur dans le plan de son travail. Peu d'appareils sont aussi nettement définis qu'est celui qui dessert le sens de l'ouïe. Oreille externe, oreille moyenne, oreille interne, voilà trois divisions auxquelles chaque historien doit nécessairement se conformer.

Nous ne pouvons pas suivre ici l'auteur dans tous les développements anatomiques donnés à son œuvre. Qu'il nous suffise de dire que l'application immédiate de chacune des particularités signalées par l'auteur en fait apprécier toute la valeur et en

grave immédiatement le souvenir. Nous en donnerons un exemple en citant l'exposition faite par l'auteur de la direction et du trajet du conduit auditif externe; on pourra juger par cette citation du bon sens pratique qui a dirigé les vues du savant professeur de Wurzbourg, et apprécier l'utilité de son ouvrage :

« Quant à la direction et au trajet du conduit auditif, j'en demande pardon aux anatomistes, mais la plupart de leurs descriptions me paraissent trop détaillées et trop compliquées pour être bien intelligibles. C'est peut-être pour ce motif que les praticiens, se rappelant les courbures multiples, les inflexions, les saillies et les enfoncements du conduit auditif que mentionnent les manuels d'anatomie, désespèrent souvent de s'orienter dans ce labyrinthe, ou que, cherchant à examiner les parties profondes et la membrane du tympan, ils se fourvoient et se font une idée fausse de l'état des organes. Cependant la chose est assez simple, pourvu que l'on se borne aux points essentiels, et l'examen sur le vivant est, sous ce rapport, beaucoup plus utile que l'examen sur le cadavre. La courbure du conduit auditif, principal obstacle à l'inspection des parties profondes de ce canal et de la membrane du tympan, dépend surtout de l'angle sous lequel se réunissent la portion osseuse et la portion cartilagineuse du conduit. Dès que nous attirons la portion cartilagineuse du conduit en haut et en arrière, le canal tout entier doit prendre une forme rectiligne par l'effacement de cet angle. Pour cela il suffit tout simplement d'attirer en haut et en arrière le pavillon de l'oreille, à l'aide de la main; quand nous employons des instruments, des spéculums, pour examiner le tympan, ce n'est pas pour redresser le conduit auditif, mais pour le maintenir plus facilement redressé. »

Ces considérations portent l'auteur à conseiller l'emploi du spéculum plein, de préférence au spéculum brisé. Pour l'examen de la membrane tympanique, l'auteur se sert donc du spéculum cylindrique de Wilde, et il éclaire les parties profondes au moyen d'un miroir concave qui réfléchit fortement la lumière solaire diffuse.

Toutes les personnes qui ont eu à explorer les parties profondes de l'oreille, au moyen d'un procédé quelconque d'otoscopie fondé sur l'emploi de la lumière directe ou réfléchie, ont pu s'apercevoir de la grande difficulté, si ce n'est même de l'impossibilité de saisir avec les deux yeux à la fois les détails de ces parties profondes. De là assurément un caractère d'incertitude dans les perceptions. Il nous est arrivé dans quelques cas rares de notre pratique d'avoir à explorer le conduit auditif. L'idée nous est assez naturellement

venue d'employer à cet effet l'ophthalmoscope binoculaire. Or il nous a paru que l'examen par ce moyen gagnait singulièrement en précision et en certitude; la membrane du tympan s'est montrée dans cette circonstance avec une sûreté d'apparence que nous n'avions jamais rencontrée. Nous ferons cependant la remarque et la réserve suivantes : c'est que l'ophthalmoscope binoculaire, qui procure la vision en relief quand il porte sur une image fournie par un objectif de microscope, telle que l'image de l'œil, annule ou du moins diminue notablement le relief naturel des objets vus directement.

L'étude des parallaxes rend raison de ces circonstances, nous ne nous y arrêterons pas. Nous avons seulement cru convenable de signaler ce petit fait, qui peut être mis à profit par les médecins auristes.

Le praticien aura donc tout avantage à se procurer le petit traité de M. de Troeltsch, c'est le *vade mecum* obligé désormais du chirurgien auriste. Au point de vue chirurgical, il est complet et, comme nous l'avons dit, éminemment pratique. Nous ne lui ferons qu'un reproche, c'est d'avoir par trop laissé dans l'ombre le côté physiologique de ces études ; tout y est consacré à la thérapeutique des affections, à proprement parler, chirurgicales. Or, pour le sens de l'ouïe, comme pour celui de la vue, il doit y avoir des affections fonctionnelles, des aberrations physiologiques, et parmi elles des troubles devant avoir quelque connexion avec les dispositions anatomiques. A ce point de vue, nous ne pouvons nous empêcher de signaler une lacune dans cet important travail. Nous ferons aussi remarquer à l'auteur qu'il a été plus que sobre en matière d'emprunts faits à la science française. On ne nous reprochera pas de méconnaître la haute valeur du travail allemand ; nous ne pouvons cependant nous empêcher de constater l'effrayante pénurie où nous serions de toute connaissance en anatomie otologique, si nous n'avions d'autre bagage que celui que nous reconnaît le savant professeur de Wurzbourg. Nos voisins d'outre-Rhin sont plus versés dans la langue française que nous dans la leur, et c'est un témoignage que nous rendons ici à notre confusion. Il est surprenant que les travaux récents de nos anatomistes, le traité d'anatomie de Sappey, par exemple, certainement plus complet que celui que nous analysons ici, particulièrement en ce qui concerne l'oreille interne et même l'oreille moyenne, soit resté inconnu à M. de Troelstsch. Il est certain qu'il n'y a pas de grands avantages pratiques à retirer immédiatement d'une connaissance approfondie de

ces richesses anatomiques, et qu'à ce point de vue le praticien ne requiert pas une abondance aussi large de détails. Cependant il eût été bon de la mentionner pour ceux qui veulent pousser plus loin leurs études, et particulièrement le côté physiologique encore si obscur dans la fonction de l'ouïe. La chaîne des osselets et les puissances musculaires qui leur sont attachées ont un rôle (et sans doute considérable) dans sa fonction. Nous regrettons d'avoir trouvé si peu, à ce point de vue, dans le traité de l'auteur allemand. Disons, en terminant, qu'il n'a cependant pas d'égal en ce qui concerne l'oreille externe.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Méningite cérébro-spinale. — Erysipèle intercurrent de la face. — Guérison. — L'influence *médicatrice* d'une affection intercurrente sur une maladie aiguë préexistante est un fait aujourd'hui acquis à la clinique : les exemples que la science possède de la réalité de cette influence sont assurément assez nombreux et suffisamment probants pour permettre une systématisation qui ne serait dépourvue ni d'intérêt ni d'utilité pour la pratique. Ce recueil, nous osons le dire, fournirait sa part de matériaux à un travail de ce genre, que nous espérons voir un jour se produire. En attendant, c'est poursuivre notre œuvre que de recueillir les faits qui se présentent au courant de l'observation et sont autant de pierres d'attente pour un plus complet édifice. Tout récemment, et à cette même place, nous en rapportions un emprunté à la pathologie infantile, laquelle est surtout féconde en faits de cette nature : c'est elle encore qui va nous fournir le suivant, observé également à l'hôpital des Enfants, et tiré cette fois de la savante pratique de M. le docteur Blache. On nous saura d'autant plus gré d'en reproduire, dans ses principaux traits, la relation très-bien faite par M. X. Gouraud, interne du service, qu'au point de vue nosologique proprement dit, il présente aussi un véritable intérêt.

Le 25 février 1863 entrait à l'hôpital des Enfants, salle Sainte-Catherine, n° 49, une petite fille de dix ans et demi. D'une bonne constitution apparente et d'une bonne santé habituelle, elle fut prise, dans la nuit du 22 au 23 février, de vomissements, de céphalalgie très-vive et de douleurs aiguës au niveau des apophyses épineuses cervicales; symptômes qui persistèrent jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital (25 février). A ce moment, la petite malade est dans le

décubitus dorsal et très-abattue. Il y a un léger opisthotonos cervical et un peu dorsal, avec inflexion latérale de la tête à gauche; les mouvements de rotation de celle-ci sont impossibles, et si l'on cherche à les obtenir, la malade pousse des cris aigus. La physionomie exprime la douleur, sans modification très-sensible des traits traduisant un trouble des fonctions cérébrales; intelligence intacte; vomissement spontané de matières bilieuses; langue saburrale, soif vive, constipation opiniâtre; pouls à 120, régulier. Le soir, douze ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale (portion cervicale et dorsale).

Léger délire pendant la nuit : hyperesthésie de la peau; quelques frissons. Purgation.

Le lendemain, la tête est un peu moins inclinée à gauche, et le 28 le pouls a sensiblement perdu de sa fréquence; la roideur du cou est moindre, l'hyperesthésie atténuée; mais la constipation persiste et exige une nouvelle purgation.

Les jours suivants, les symptômes reprennent leur intensité : immobilité absolue, par appréhension de la douleur éveillée par le moindre mouvement; pouls à 140; respiration saccadée et un peu gémissante. Calomel à dose fractionnée.

Le 4 mars, douleurs toujours vives; flexion permanente du petit doigt et de l'annulaire du côté gauche.

Le 10, exaspération de la douleur, fièvre très-forte, persistance des vomissements. Le lendemain, à dix heures, convulsions générales des membres inférieurs et supérieurs, lesquelles se continuent le jour suivant, avec de très-courtes interruptions, et ne cessent que le 13 au matin. Strabisme très-prononcé en haut; mouvements convulsifs des paupières, à demi closes; physionomie étrange. Cinq pilules faites avec extrait gommeux d'opium, 0gr,01; camphre, 0gr,10.

Le 13, abattement, phénomènes d'idiotie, regard hébété et inquiet; impossibilité de répondre aux questions et de reconnaître les personnes présentes; pouls irrégulier à 160; selles involontaires. Mêmes pilules.

Le 14, délire la nuit, mâchonnement, morsure de la lèvre supérieure. Frictions mercurielles à la région cervicale postérieure; deux sangsues à chaque apophyse mastoïde; trois pilules *ut suprà*.

Le 15, légère amélioration; réponses monosyllabiques; état stationnaire jusqu'au 17, jour où est faite une nouvelle application de sangsues.

Le 18, décubitus normal, sans roideur : seule, la flexion du petit doigt et de l'annulaire gauche, par défaut d'action des extenseurs,

persiste ; de temps en temps, légers mouvements spasmodiques. Sensibilité générale intacte, sauf celle de la rétine, un peu affaiblie. Ce qui frappe surtout, c'est le désordre intellectuel : la mémoire est complétement abolie ; l'enfant répond toujours la même chose et dans les mêmes termes, quelles que soient les questions qui lui sont adressées. Elle est, de plus, sous l'influence d'une sorte de délire affectueux ; de temps en temps, accès furieux de courte durée. Le soir, le pouls, calme depuis plusieurs jours, manifeste une fréquence insolite (160) ; peau brûlante et âcre ; douleurs reparues à la région postérieure du cou ; dépression des forces. On découvre une plaque érysipélateuse au niveau des piqûres de sangsues.

Le 19, l'érysipèle s'étend à la joue : il semble cependant se limiter au côté gauche de la face ; pas de participation du cuir chevelu. Poudre d'amidon.

Le 22, fièvre tombée ; inflammation érysipélateuse sur le déclin ; état satisfaisant. Le lendemain, la desquammation commence, l'érysipèle est éteint. Il s'est fait une amélioration frappante dans l'état intellectuel ; elle répond bien aux questions et cause avec ses petites voisines ; toutefois, l'influence du délire affectueux se fait encore sentir de temps à autre. Toujours les deux derniers doigts de la main gauche demeurent incapables de mouvements ; la tête est droite et a repris toute la possibilité, sans douleur, de sa mobilité. Les jours suivants la mémoire revient, quoique avec lenteur : la malade se lève ; elle sort le 7 juin, guérie, et le maintien de la guérison a été confirmé depuis par des nouvelles subséquentes.

Malgré la juste part qu'il convient de faire au traitement assez énergique institué en cette circonstance, il est impossible de méconnaître l'efficacité de l'influence de l'érysipèle intercurrent sur la terminaison heureuse de cette grave affection. Mais il est, à ce propos, une remarque à faire : c'est que la maladie intercurrente est, dans ce cas, non spontanée ; à ce point de vue, ce fait diffère sensiblement de ceux dont il se rapproche d'ailleurs par le côté thérapeutique ; il ne perd rien en cela de sa signification, car, en montrant l'action bienfaisante d'un accident morbide intercurrent, même quand il est provoqué, il indique pour ainsi dire une voie à suivre, voie très-délicate sans doute, mais qui n'est certainement pas impraticable.

Sans vouloir ni pouvoir aborder ici toutes les intéressantes questions que soulève ce fait, nous ne le quitterons pas sans signaler, avec son auteur, cette particularité remarquable de la paralysie isolée du muscle extenseur propre du petit doigt et de la partie la plus interne

du muscle de l'extenseur commun, qui trouve évidemment sa raison d'être dans une localisation plus spéciale des lésions méningo-myélitiques à la partie cervicale et un peu dorsale de la moelle : en témoignant de la possibilité d'une localisation très-bornée des altérations de l'axe nerveux spinal, ce fait est appelé à éclairer singulièrement la pathogénie et la nature d'une affection sur laquelle il existe encore de nombreuses dissidences, nous voulons parler de la *paralysie dite essentielle de l'enfance.*

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

## REVUE DES JOURNAUX.

**De l'usage du café comme désinfectant.** Il y a longtemps que les propriétés désinfectantes du café récemment brûlé ont été signalées par le *Bulletin* (t. XXXIV, p. 415). Cependant cette substance, envisagée sous cet aspect, paraît être tombée dans un complet oubli, bien que l'attention ait été fortement saisie, dans ces derniers temps, de la question des désinfectants de toute espèce. Cela ne tiendrait-il pas, en partie du moins, à ce que cette action du café n'a pas été suffisamment établie par des preuves expérimentales ? Cette croyance nous engage à reproduire ici deux faits choisis parmi un grand nombre d'autres empruntés à un auteur allemand, et qui tendent à prouver que le café est un très-puissant moyen pour combattre les émanations animales et végétales, et même pour les détruire complétement :

Une chambre, dans laquelle on avait laissé pendant plusieurs jours de la viande en décomposition, fut désinfectée aussitôt qu'on y eût déposé, durant quelques instants, un réchaud contenant 500 grammes de café à peine torréfié. — Dans une autre chambre, qui renfermait de l'hydrogène sulfuré et de l'ammoniaque en grande quantité, toute odeur avait disparu une demi-minute après qu'on y eût introduit 90 grammes de café en torréfaction. Selon le même auteur, le café détruit l'odeur du musc, du castoréum, ainsi que celle de l'assa-fœtida. La preuve que les vapeurs empyreumatiques du café n'agissent point en masquant les autres émanations odorantes, mais bien en les décomposant, c'est que les premières vapeurs sont complétement absorbées et ne donnent lieu à aucune odeur de café, tandis que la saturation suit une loi inverse pour les autres vapeurs aromatiques, de même que pour l'acide acétique et le chlorure de calcium. Le procédé employé consiste à écraser dans un mortier une certaine quantité de café, et à étaler ensuite la poudre sur une lame de fer modérément chauffée, de manière à lui donner une teinte brunâtre. L'on sait, du reste, que l'huile empyreumatique du café agit avec une plus grande rapidité sous un petit volume. (*La Sperimentale*, juillet 1863.)

**Traitement des convulsions idiopathiques des jeunes enfants par la compression des carotides ; guérison.** Quelque nécessité qu'il y ait à se poser, en face d'un enfant atteint de convulsions, la question de savoir si ces convulsions sont symptomatiques ou essentielles, primitives ou deutéropathiques, une chose presse et domine avant tout, c'est d'agir, c'est de parer au plus vite aux accidents immédiats, l'asphyxie, par exemple, qui menacent la vie du petit malade. Les moyens proposés ne manquent pas ; malheureusement, le nombre ne confère pas l'efficacité. Parmi les agents les plus utiles, il faut certainement compter les anesthésiques, et particulièrement le chloroforme, qui, à ce point de vue, n'a peut-être pas suffisamment attiré l'attention des praticiens. On a vu ici même (*Bulletin* du 30 septembre) l'heureux parti que M. le docteur Dally a tiré de la respiration artificielle dans un cas d'éclampsie asphyxique. M. le

docteur Labalbary, qui avait eu à se louer de la compression des carotides dans l'éclampsie puerpérale, a eu l'idée d'appliquer ce moyen dans un cas de convulsions idiopathiques chez un enfant. Le succès paraît avoir répondu à sa tentative, ainsi qu'en témoigne le fait que nous résumons ci-après : Jules B***, âgé de dix-huit mois est atteint, le 30 juillet dernier, en pleine santé, de perte subite de connaissance. A cet état syncopal, qui dure environ une demi-heure, succèdent des convulsions toniques et cloniques se manifestant alternativement, à dix minutes d'intervalle, et séparées par un calme complet. Les mouvements convulsifs occupent la face, les membres inférieurs et le membre supérieur droit ; les yeux sont convulsés, les pupilles se dilatent et se resserrent alternativement ; il en résulte une expression effrayante du regard ; il y a en même temps du trismus, lequel est remplacé, par moments, par des mouvements désordonnés de la mâchoire inférieure. Pouls petit, concentré ; respiration accélérée, stertoreuse ; asphyxie imminente. L'application d'une sangsue à chaque apophyse mastoïde, des pédiluves et des manuluves fortement sinapisés n'amènent aucun soulagement. Les attaques continuent, la respiration devient suspirieuse, le pouls se ralentit ; les membres inférieurs se refroidissent, les lèvres se cyanosent ; la mort est proche. On a recours alors à la compression des carotides ; elle est renouvelée, avec persistance, à chaque crise, et continuée pendant toute la durée de l'attaque ; on laisse la circulation se rétablir ensuite. Sous l'influence de ce moyen, l'intensité des crises est d'abord diminuée ; puis, les accès convulsifs éloignés, de telle sorte que l'attaque éclamptique, qui avait commencé à une heure, se terminait à sept heures du soir, et faisait place à une espèce de coma vigil, lequel disparaissait bientôt sous l'action d'une potion excitante avec de l'eau et de l'alcoolat de mélisse. Pendant six heures consécutives, la compression des carotides avait été pratiquée toutes les dix minutes d'abord, et vers les dernières crises, pendant un espace de temps variant entre un quart d'heure et une demi-heure. De cette grave situation il ne resta plus qu'un peu de faiblesse, qui fut facilement combattue par la médication tonique. Il est curieux de noter qu'une éruption eczémateuse de la face et du thorax, qui avait disparu dès le début des attaques, reparut aussitôt que cessèrent les convulsions. (*Gaz. des hôp.*, sept. 1865.)

---

**Du traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs.** Le traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs énergiques et répétés, fort préconisé au commencement de ce siècle par un certain nombre d'accoucheurs anglais, à peu près complétement abandonné depuis, a été remis en honneur récemment par M. Seyfert (de Prague). C'est après avoir étudié la pratique de ce médecin que M. Breslau s'est décidé à son tour à essayer cette méthode. Les résultats désolants des moyens ordinairement employés justifiaient d'ailleurs un pareil essai, qui a laissé dans l'esprit de M. Breslau une impression assez favorable.

Les faits dont il rend compte dans son travail sont au nombre de 28, chiffre qui n'est pas assez considérable pour en faire la base de conclusions définitives, sans doute, mais suffisant pour autoriser de nouvelles tentatives. L'auteur n'entend d'ailleurs pas affirmer que dans ces 28 cas il se soit toujours agi de véritables fièvres puerpérales, le traitement ayant été mis en exécution dans des cas douteux, dont une issue heureuse n'a pas permis de fixer la nature d'une manière tout à fait démonstrative. Toutefois les observations de ce genre ne sont guère qu'au nombre de 6 ; il en reste toujours 22 qu'on ne saurait récuser, et la plupart d'entre elles sont relatives aux formes les plus périlleuses de la fièvre puerpérale.

Voici quel a été, au total, le résultat du traitement :

Sur les 28 malades, 3 seulement succombèrent. En acceptant le chiffre restreint de 22, la mortalité n'est encore que de 13,6 pour 100, tandis que les proportions les plus habituelles varient de 25 à 40 pour 100. Parmi les 25 cas suivis de guérison, on compte 19 fièvres puerpérales graves. Deux fois seulement des affections consécutives sont survenues (un abcès pelvien et une mastite métastatique). L'influence avantageuse des purgatifs a toujours paru évidente : à part le soulagement éprouvé par les malades, leur emploi était suivi d'une diminution de la fièvre, d'un abaissement de la température, d'un ralentissement du pouls, de la disparition du météorisme et de la rétraction de l'utérus.

Les règles auxquelles M. Breslau

s'est conformé, et qu'il recommande de suivre, sont les suivantes :

1° Il faut administrer un purgatif le plus tôt possible, et, dans tous les cas, avant que vingt-quatre heures ne se soient écoulées depuis le début de la fièvre. Dans tous les cas où la fièvre atteint rapidement une grande intensité, on ne devra pas hésiter, alors même qu'il est douteux si l'on a affaire à une fièvre puerpérale ou seulement à une fièvre d'irritation, à la fièvre de lait. Un purgatif donné dans ces conditions sera toujours exempt d'inconvénients, et il peut y avoir des dangers sérieux à en différer l'administration.

2° Il convient d'employer d'emblée un purgatif énergique et de le répéter dans un terme plus ou moins prochain, et à diverses reprises, lorsque les circonstances l'exigent. M. Breslau emploie de préférence un purgatif composé de 2 à 3 onces d'infusion de séné et 4 à 16 grammes de sel de Seignette ou de sulfate de magnésie : on obtient ainsi de deux à vingt selles. Mais ce n'est pas au nombre des évacuations qu'il faut attacher le plus d'importance, c'est de leur abondance surtout qu'il faut tenir compte, et ce sont surtout les selles franchement diarrhéiques qui exercent une influence décisive, critique, sur la marche de la maladie.

On répète le purgatif lorsqu'une première dose n'a pas produit un effet décisif et durable. Il est rare qu'une seule purgation suffise, et il convient de la répéter dès que la maladie paraît s'aggraver. L'auteur a alors recours le plus souvent à l'huile de ricin, au calomel, au jalap, etc. La persistance de la diarrhée après la première administration d'un purgatif est ordinairement l'indice d'une modification avantageuse et dispense le médecin de répéter le médicament.

3° Les purgatifs ne sont pas contre-indiqués par l'existence actuelle d'une péritonite générale ou partielle, d'une ovarite, d'une salpingite ; donnés dans ces conditions, ils exercent une action antiphlogistique éminemment utile.

4° On peut, du reste, associer aux purgatifs d'autres moyens thérapeutiques (sangsues, frictions mercurielles, cataplasmes froids ou tièdes), lorsque les symptômes d'une péritonite commençante dominent. (*Archiv der Heilkunde*, 1863, 2e livraison )

---

**Du traitement de la pustule maligne par l'emploi topique du bichlorure de mercure.** Chacun sait que le charbon et la pustule maligne sont un ; que la pustule est l'accident local et immédiat de la contagion, et que le charbon est la maladie passée dans le sang et devenue générale. Les efforts de la médecine sont en général infructueux dans ce dernier cas ; mais la chirurgie a une grande puissance vis-à-vis de la pustule maligne. Il s'agit de la détruire, et avec elle le poison qui, quelques instants plus tard, va pénétrer et circuler partout. Cautériser promptement et avec énergie, voilà toute la règle. Les agents les plus usités sont : le fer rouge, le chlorure d'antimoine, les acides forts, la potasse.

Le *sublimé corrosif* est moins employé, parce qu'on redoute les accidents qui suivraient son absorption. L'expérience prolongée et les nombreux succès de M. le docteur Missa répondent victorieusement à cette objection. Voici sa méthode et son prétendu secret, rédigés de sa propre main.

« Le secret Dardelle n'a jamais été un secret pour la médecine ; l'unique agent de ce traitement est le sublimé corrosif purement et simplement... Avant de le connaître, j'échouais souvent par les autres procédés, et j'étais heureux d'envoyer mes malades à Dardelle, qui les guérissait toujours. Une fois le secret en ma possession, j'ai réussi à mon tour à sauver constamment les personnes affectées de charbon qui se sont présentées à moi. Je puis, sans exagération, estimer à 30 par an le nombre des individus ainsi traités par moi depuis douze années (donc environ 360). Je n'ai échoué que deux fois. Chez l'un, la pustule maligne remontait à cinq jours ; chez l'autre à sept. Chez les deux il existait des symptômes d'infection générale lorsqu'ils ont réclamé mes soins. C'est généralement du troisième au quatrième jour que j'ai appliqué mon remède, rarement après le cinquième, une fois au septième, c'est celui qui a succombé. En règle générale, les sujets qui dépassent le cinquième jour sans être soignés meurent infectés vers le huitième ou le dixième.

« Voici la conduite que je tiens : Je taille une rondelle de linge en rapport pour les dimensions avec la largeur de la pustule ; je recouvre cette rondelle d'une légère couche de sublimé (deutochlorure de mercure), de l'épaisseur de 2 millimètres ; alors,

avec tout le soin possible, je fais en sorte que cet emplâtre soit placé bien précisément sur le lieu malade. Je maintiens le tout au moyen de bandelettes de taffetas agglutinatif, je laisse cet appareil vingt-quatre heures en place ; ce temps écoulé, je retire ce pansement, et toujours j'ai la satisfaction de reconnaître que la maladie est détruite. Le pansement se fait trois fois par jour, avec l'onguent styrax étendu sur du linge ; il faut avoir l'attention, à chaque pansement, de faire des fomentations huileuses sur le lieu malade et les surfaces tuméfiées avec les huiles de lis, de lin, de camomille et d'hypéricum. Après une dizaine de jours de ce traitement, l'escarre se détache, et la plaie se panse comme une plaie simple.

« ... J'ai toujours été porté à penser que, dans cette maladie, le sublimé ainsi appliqué avait une action spécifique. » (*Union médicale*, septembre 1863.)

---

**Anévrysme poplité guéri par la compression digitale.** Voilà l'une des cures les mieux faites pour donner une idée de l'efficacité admirable de ce nouveau procédé. A la suite d'une chute sur le genou, une dame de quarante-deux ans sentit, en mai 1862, dans le jarret gauche, une petite tumeur, molle, fixe, indolente. Peu à peu, elle acquit le volume d'un œuf de poule, devint pulsatile et douloureuse. Les douleurs s'étendirent à la jambe et au pied, réduisant la malade à un repos forcé. M. Burci, l'ayant examinée le 11 décembre, trouva une tumeur occupant le creux poplité, le long du tendon du biceps. Les battements y étaient superficiels et forts, isochrones au pouls, s'étendant aux tibiales et à la pédieuse ; bruit de souffle un peu âpre. Peau livide et brune par places ; flexion et extension complète de la jambe impossibles.

La compression digitale exercée pendant neuf heures seulement, sur le pubis, au moyen d'aides qui se relevaient de quart d'heure en quart d'heure, détermina une guérison complète, sans avoir produit beaucoup plus de douleur que celles que la maladie faisait précédemment éprouver.

Au bout de quarante-trois jours la malade fut revue par M. Burci, bien guérie ; la tumeur est réduite à un noyau insignifiant ; la crurale, la poplitée, les grandes artères de la jambe ne battent plus. (*Gazzetta medica, prov. venete*, 8 août 1863.)

**Corps étrangers dans les voies aériennes ; trachéotomie pratiquée avec succès.** Lorsqu'un corps étranger liquide a pénétré dans les voies aériennes, il est facilement et rapidement expulsé ; mais s'il est solide, il s'en faut de beaucoup que les choses se passent toujours de même. Il peut se faire, quand ce corps est arrondi, peu volumineux, que les secousses de toux le rejettent au-dehors ; mais trop souvent ce résultat n'est pas obtenu, et dès lors il serait imprudent d'attendre trop longtemps avant de recourir au moyen par excellence, la trachéotomie. Il s'en est peu fallu, dans le cas suivant, que la mort ne fût la conséquence d'une trop longue temporisation.

Une petite fille de six ans, en jouant et riant avec ses compagnes, aspira un gros grain de blé qu'elle tenait dans sa bouche et qui fut entraîné dans le canal aérien. Immédiatement suffocation, accès violents de toux, qui se répètent fréquemment. Un homœopathe appelé se borna à conseiller ses globules, comptant sans doute sur la nature et prêt à se faire honneur du résultat favorable, mais qui lui fit défaut ; un autre médecin conseilla les vomitifs et les sternutatoires, sans résultats. Il se passa ainsi quatorze jours, pendant lesquels la toux répétée, les suffocations, le défaut de sommeil, l'alimentation insuffisante, avaient fait tomber l'enfant dans un état fort grave. Le docteur Mac Dowell, appelé alors, proposa la trachéotomie comme l'unique ressource, et son avis ayant été confirmé par une consultation, l'opération fut pratiquée. A l'ouverture de la trachée, du pus mêlé de sang fut rejeté ; le grain de blé ne s'y trouvait pas. Au bout d'une demi-heure, le corps étranger n'ayant pas été expulsé, un troisième anneau trachéal fut divisé sur la sonde cannelée. Celle-ci fut alors portée dans le canal aérien, sur les côtés et en haut, puis retirée, le manche incliné vers le sternum, de manière à ce que l'extrémité, introduite dans la trachée, pressât et frottât modérément sur la face antérieure de ce conduit ; cette manœuvre ramena une portion considérable de fausse membrane et avec elle le grain de blé. La présence de ce corps étranger avait donc déterminé une laryngite avec formation pseudo-membraneuse, et c'était probablement à cette dernière circonstance qu'était due sa rétention. Il n'y eut qu'une légère hémorrhagie, après la cessation de laquelle les lèvres de

la plaie furent rapprochées à l'aide de bandelettes agglutinatives. La cicatrisation se fit ensuite rapidement. (*Amer. med. Times*, août 1863.)

**Corps étranger volumineux des voies aériennes; guérison sans opération.** Voici un cas qui, outre l'intérêt qu'il présente par lui-même (car il est rare que la trachée puisse être débarrassée d'un corps étranger aussi volumineux sans opération), doit un surcroît d'intérêt à son rapprochement de celui qui précède.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, ouvrier robuste, qui, ayant l'habitude, en travaillant, d'avoir un caillou dans sa bouche pour l'entretenir dans un état d'humidité, sentit tout d'un coup, au moment où il faisait une forte aspiration, ce corps étranger pénétrer dans le conduit aérien. Chose remarquable, il n'en résulta que peu ou point de malaise; mais cependant, alarmé de cet accident, cet homme consulta plusieurs médecins à Dartford. Un de ceux-ci lui prescrivit de recourir aux vomitifs et de se renverser la tête en bas, dans l'espoir que le poids du corps étranger pourrait, la toux aidant, en amener l'expulsion; dans cette posture, le malade plusieurs fois sentit bien la pierre se déplacer; mais elle ne fut pas expulsée. A Guy's Hospital, où il se présenta ensuite, le même moyen fut essayé de nouveau, sans plus de succès, et on l'engagea à revenir pour se soumettre à la trachéotomie. Ce fut alors qu'il vint à la consultation de M. Power, à Westminster Hospital, se déclarant prêt à subir l'opération. La respiration ne paraissait pas gênée; les bruits respiratoires étaient normaux; il n'y avait aucun signe de bronchite. En pressant avec le stéthoscope sur la trachée, dans la dépression interclaviculaire, on percevait distinctement un bruit particulier dû à la présence d'un corps dur. M. Power ayant fait placer le malade en travers sur un lit, le ventre appuyé, la tête et la poitrine en position déclive, il lui conseilla de faire une forte et profonde inspiration, puis de tousser fortement, et au même moment il lui fit donner un coup vigoureux sur le dos : la pierre fut lancée avec force sur le plancher, à la grande joie du patient, après être restée logée quarante-cinq heures dans la trachée. Cette pierre, caillou roulé par les eaux et à surface polie, mesurait dix-neuf vingtièmes de pouce en longueur, sur une largeur de quinze vingtièmes et cinq vingtièmes d'épaisseur. Une chose étonnante, c'est le peu de gêne de la respiration causé par la présence d'un corps étranger d'une telle dimension dans les voies aériennes; cela pouvait dépendre en partie de sa forme, qui, plus étroite dans un sens, se prêtait par là à l'accès de l'air, et peut-être aussi de la place qu'il occupait. On conçoit en effet que, s'il se trouvait au point de bifurcation de la trachée, il pouvait n'obstruer que partiellement chacune des bronches. Quoi qu'il en soit de ces conjectures, il est bon de remarquer, en finissant, que, dans un cas pareil, si l'on voulait tenter le moyen qui a si bien réussi chez ce sujet, il serait plus que prudent d'avoir tout prêts d'avance les instruments nécessaires pour la trachéotomie, opération qui pourrait se trouver nécessitée sans le moindre retard, si le corps étranger, dans son mouvement d'expulsion, venait à s'arrêter à l'ouverture glottique. (*Lancet*, sept. 1863.)

## TRAVAUX ACADÉMIQUES.

**Nouveau procédé hémostatique destiné à prévenir les hémorrhagies consécutives.** Il est des circonstances dans lesquelles la ligature ne saurait offrir les garanties habituelles contre les hémorrhagies secondaires, en raison du volume anomal du vaisseau à lier, et de l'altération de ses parois. Voici le moyen hémostatique mis en usage par M. Broca, dans des conditions semblables : Dans un cas d'anévrisme artério-veineux ancien, dont la description détaillée mérite d'être reprise à un autre point de vue, l'amputation du bras étant devenue urgente, l'on dut s'occuper de la ligature préalable de l'artère axillaire à la partie inférieure de l'aisselle. Mais cette artère fut trouvée si volumineuse et ses parois si amincies, que la simple ligature apparut très-insuffisante contre l'hémorrhagie à venir. M. Broca conçut alors et réalisa l'idée de protéger la ligature par la formation, au-dessus de celle-ci, d'un caillot chimique. L'artère ayant été mise à découvert dans une étendue de 3 centimètres, fut solidement liée à l'aide d'un fil double. M. Broca la ponctionna ensuite, im-

médiatement au-dessus de la ligature, avec le trocart de Pravaz, puis, appliquant le doigt transversalement sur le vaisseau, à 3 centimètres plus haut, il poussa 15 gouttes de perchlorure de fer. On attendit vainement, pendant dix minutes, la production du caillot, qui, d'habitude, a lieu beaucoup plus tôt, puisque la coagulation du sang, au contact du perchlorure, commence au bout de trente secondes. Sans doute, la compression par le doigt était insuffisante, et, afin de la rendre plus efficace, M. Broca passa sous ce vaisseau, à 3 centimètres au-dessus de la ligature, un fil triple qu'il fit soulever pendant que son doigt comprimait exactement l'artère sur la saillie du fil : une nouvelle injection de 20 gouttes de perchlorure fut alors poussée par la canule. Cette fois, la coagulation fut prompte. Au bout de quelques minutes, tout l'espace compris entre les deux fils était occupé par un bouchon très-ferme, plus gros que le pouce. Pour plus de sûreté, le fil triple fut lié par un nœud à rosette sur un petit rouleau de sparadrap, et le lendemain matin, il put être dénoué sans aucun accident. L'amputation pratiquée, les artères du moignon ne saignèrent pas. Mais trois jours après, tout le moignon était gangrené jusqu'à l'épaule, et la gangrène de la paroi thoracique s'étendait jusqu'à 6 centimètres de l'aisselle. Toutefois l'hémorrhagie, tant à redouter dans ce cas, ne s'était pas produite, et le but qu'on s'était proposé à cet effet, paraît avoir été atteint. Le caillot chimique, formé audessus de la ligature, aurait-il résisté jusqu'à la fin ? C'est ce qu'on ne peut savoir ni dire, l'autopsie n'ayant pu être pratiquée. M. Broca pense, — et il est utile d'insister sur cette présomption, afin de se prémunir contre la possibilité d'un pareil accident, très-capable de compromettre le procédé — M. Broca pense que c'est à l'oblitération des branches collatérales de l'axillaire par des caillots migrateurs dus à l'insuffisance de la première compression, qu'il faut attribuer la gangrène. Quoi qu'il en soit, ce procédé nous paraît, en principe et une fois qu'il aura été bien réglé dans son application, de nature à rendre des services. Peut-être y aurait-il lieu et bénéfice à l'expérimenter sur les animaux. (*Gaz. des hôp.*, sept. 1863.)

---

**Oblitération cicatricielle du vagin ; accidents d'aménorrhée par rétention ; opération.** Dans la séance du 22 juillet dernier, de la Société de chirurgie, M. Verneuil a donné lecture d'un rapport sur une observation adressée par M. le docteur L'Hoste, de Montfort-l'Amaury, qui démontre l'importance d'explorer de temps en temps le canal vulvo-utérin, lorsqu'à la suite d'accidents puerpéraux graves il y a lieu de soupçonner le sphacèle des parois vaginales.

Cette observation est relative à une femme âgée de trente-cinq ans, épuisée par les fatigues, la misère et neuf grossesses, dont la dernière se termina par un accouchement naturel, en mai 1861. Le lendemain de la délivrance, il apparut des symptômes de péritonite et une violente inflammation des parties génitales, laquelle eut pour conséquence la gangrène et une large perte de substance de la paroi vaginale ; puis survint une *phlegmatia alba dolens* et une diarrhée incoercible, qui, pendant cinq mois, firent craindre pour la vie de cette infortunée. Pendant ce temps, la cicatrisation de la perte de substance du vagin s'opérait sourdement et dans des conditions vicieuses. La femme, rétablie, reprit ses rudes travaux, sans s'inquiéter de la non-apparition de ses règles. Mais un an après son accouchement, elle fut prise de vives douleurs, de coliques dans le bas-ventre et la région lombaire, symptômes qui se reproduisirent au mois de septembre suivant, en s'accompagnant de vomissements et de constipation opiniâtre. Ce fut alors que MM. les docteurs Descieux et L'Hoste reconnurent la nature et la cause des accidents. Dans l'hypogastre était une double tumeur, arrondie sur la ligne médiane et cylindrique transversalement du côté gauche, où elle était sans doute formée par la trompe distendue ; le doigt était insurmontablement arrêté dans le vagin, à 3 centimètres de profondeur, par une cloison que le spéculum montrait blanche, nacrée, inextensible, évidemment cicatricielle ; le toucher rectal percevait une tumeur volumineuse remplissant l'excavation ; le cathétérisme indiquait une déviation de l'urètre. M. Verneuil, appelé, dut agir sans retard, en raison de la violence des accidents. La cloison cicatricielle étant mise à découvert et bien tendue au moyen d'un *speculum ani* introduit dans le vagin, d'un cathéter dans l'urètre, et d'une spatule refoulant la paroi vaginale qui proéminait entre les valves de l'instrument, cette cicatrice fut incisée, couche par couche,

avec un bistouri conduit transversalement et dans une direction bien parallèle à la sonde urétrale. Quand l'incision eut atteint 2 centimètres de profondeur, il s'écoula un demi-litre d'un liquide inodore, de couleur chocolat ; pour assurer la continuation de l'écoulement et le retrait de l'utérus, un administra des doses fractionnées de seigle ergoté. Le lendemain et pendant quelques jours, il y eut des accès de fièvre, qui furent combattus par le sulfate de quinine, puis de la diarrhée, de la dyspepsie. La persistance de l'ouverture, assurée d'abord par la sortie du liquide, le fut ensuite par la précaution que l'on eut d'y introduire le doigt deux ou trois fois par jour, puis une grosse bougie conique en cire laissée en place une demi-heure matin et soir ; dilatation temporaire suffisante, le vagin étant de tous les conduits muqueux celui dont les plaies se recouvrent d'épithélium le plus facilement et avec le plus de rapidité. Ce ne fut que six mois après l'opération que la guérison fut complète, et que cette femme recommença à être menstruée régulièrement.

**Note sur l'innocuité et sur l'efficacité de la cautérisation des cavités utérines.** Depuis longtemps M. Jobert (de Lamballe) a montré qu'on peut cautériser la surface du col de l'utérus au fer rouge, sans déterminer de douleur, sans provoquer aucun accident sérieux, et en procurant aux malades l'avantage considérable de voir guérir par ce seul moyen des granulations fongueuses ou des ulcères résistant à l'application des topiques les plus variés. M. Courty, dans un mémoire adressé à l'Académie, s'est proposé de signaler seulement deux nouveaux faits : 1° l'efficacité et l'innocuité de la cautérisation de la cavité du col utérin avec le fer rouge; 2° l'efficacité et l'innocuité de la cautérisation de la cavité ou corps de l'utérus avec un crayon de nitrate d'argent laissé à demeure dans cette cavité.

I. La cautérisation actuelle, dit-il, de la cavité cervicale de l'utérus a été pratiquée par moi plus de trois cents fois. J'ai recueilli, il y a plus de six ans, les cent premières observations ; j'ai suivi les malades, je me suis assuré de l'innocuité des suites, de la conservation des dimensions normales de l'orifice utérin, du retour naturel de la menstruation, de la grossesse, enfin de la parturition normale. Je puis dire que je n'ai constaté à la suite de cette cautérisation aucun accident ni primitif ni consécutif.

II. La cautérisation de la cavité du corps a été faite par moi plus souvent encore. Je suis sans aucun doute au-dessous de la réalité, en disant qu'à cette cette heure je l'ai pratiquée plus de cinq cents fois.

Je me sers du crayon de nitrate d'argent fondu. Je le porte, à l'aide d'instruments divers trop longs à décrire, jusque dans la cavité utérine. A ce moment, au lieu de mettre tous mes soins à l'en retirer intact, je les mets au contraire à le casser et à le précipiter dans cette cavité de manière à l'y abandonner.

Or, je puis dire que je ne connais pas de moyen plus héroïque que le séjour du crayon de nitrate d'argent fondu dans la cavité utérine, dans le traitement des granulations fongueuses de cette cavité, pour lesquelles Récamier avait inventé sa curette, et surtout dans le traitement des leucorrhées chroniques et rebelles, qui font, chacun le sait, le désespoir des malades et des médecins. Je n'ai pas constaté d'accidents sérieux à la suite de ce mode de traitement. D'abord certains accidents locaux, tels que la cautérisation du vagin, sont prévenus par l'introduction à demeure d'un tampon chargé d'eau salée, qui neutralise le nitrate d'argent. L'inflammation est prévenue par de grands bains, des irrigations vaginales, le repos absolu. Pour la cavité du corps comme pour celle du col, et plus encore que pour la surface de ce dernier organe, l'existence bien avérée d'un état inflammatoire est une contre-indication formelle à l'emploi du fer rouge ou des caustiques. Cette seule règle fera éviter bien des malheurs.

---

**Traitement mécanique de la surdité produite par des tumeurs osseuses développées dans le conduit auditif externe.**— M. Bonnafont a donné lecture d'un mémoire sur trois cas de guérison de surdité produite par des tumeurs osseuses développées dans le conduit auditif externe.

Voici la relation sommaire de ces trois faits : Le premier lui a été fourni par un malade âgé de trente-deux ans, qu'il a vu avec M. Tournié, lequel avait perdu complétement l'ouïe du côté droit depuis deux ans, à cause d'une ostéite qui fermait le conduit auditif externe. Le deuxième était uno

jeune fille, âgée de dix-sept ans, qui lui fut adressée par M. Guersant, et qui présentait une pareille tumeur dans le conduit du même côté. Ici la surdité datait de deux ans environ. Le troisième fait est relatif à un homme de trente-cinq ans, affecté, des deux côtés, de la même altération. Jusqu'à présent les auteurs n'avaient proposé d'autre moyen, pour combattre les atrésies osseuses du conduit auditif, que l'ablation de la tumeur, mais sans rapporter aucun fait à l'appui de ce précepte. M. Bonnafont vient de remplir heureusement cette lacune. Comme c'est toujours pour recouvrer l'ouïe que les malades consultent, il importe, dit M. Bonnafont, de s'assurer avant tout si le nerf auditif est sain et s'il est susceptible d'être impressionné par les sons. C'est là le point capital et qui doit faire rejeter ou entreprendre le traitement. On sait que ce praticien établit ce diagnostic au moyen de la montre et du diapason, apposés sur les différentes régions du crâne. Si le tic-tac de la montre est entendu, on peut hardiment opérer, tandis que, dans le cas contraire, il faut s'abstenir de toute médication. C'est là un moyen d'auscultation bien simple et presque infaillible, qui fait éviter les nombreux mécomptes obtenus en traitant les malades avant de s'assurer préalablement de l'état de sensibilité des nerfs auditifs.

M. Bonnafont, repoussant toute opération sanglante chez ses trois malades, est parvenu à rétablir l'audition en frayant un passage entre la tumeur osseuse et la paroi du conduit, à l'aide de petits mandrins gradués en gomme élastique et en baleine, et secondant leur action par de légères cautérisations avec un crayon très-délié d'azotate d'argent. Ce qu'il y a de curieux dans ces trois guérisons, comme le dit M. Bonnafont, c'est que les ouvertures obtenues ne dépassent pas 1 millimètre 1/2 au plus, et cependant elles suffisent pour l'accès des ondes sonores et l'accomplissement de la fonction.

## VARIÉTÉS.

### RESTAURATION MÉCANIQUE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE [1].

Nous reproduisons maintenant les dessins d'un modèle destiné à parer à une résection de toute une moitié du maxillaire inférieure, que M. Prèterre avait construit pour une malade de M. Nélaton.

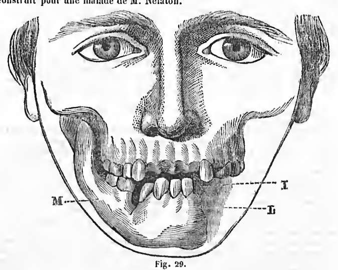



Fig. 29.

La figure 29 indique l'étendue de la lésion : L, point de section ; I, incision

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 334.

inférieure, qui se trouve portée en arrière et à gauche par la rotation, sur son condyle, de la portion restante du maxillaire ; M, portion restante de la mâchoire inférieure, qui sert à supporter la pièce de restauration.

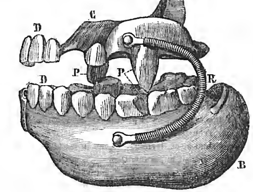



Fig. 30.

Figure 30, appareil vu de profil et hors de la bouche ; C, portion fixée à l'arcade supérieure, exactement ajustée à la voûte palatine et supportant les dents artificielles et les coins P P ; B, portion principale ou base de l'appareil remplaçant la perte osseuse ; R, ressort à boudin, reliant les deux portions et ser-

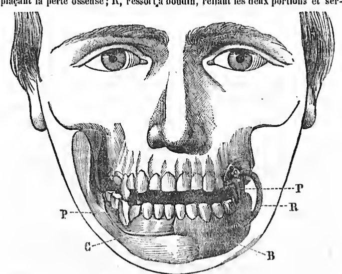



Fig. 31.

vant à les tenir écartées ; P P, coins se rencontrant par des plans inclinés et servant à maintenir le parallélisme des arcades ; disposition dont on a vu précédemment une heureuse application dans le cas de H*** (fig. 28).

Figure 31, même appareil en place ; P P, coins directeurs ; R, ressort d'écar-

tement; B, base en vulcanite supportant les dents artificielles; C, portion métallique sertissant les dents et venant s'unir à la base vulcanite.

M. Trousseau vient d'adresser au ministre de l'instruction publique sa démission de professeur de clinique de la Faculté. On a donné à cette détermination des motifs qui n'existent pas. Notre éminent confrère avait depuis longtemps manifesté l'intention de résigner ses fonctions dès qu'il aurait atteint la limite d'âge qui lui donne droit à la retraite, et il n'éprouve aucune défaillance, le moment venu, de mettre ses actes en rapport avec ses paroles : « Mon cours de clinique, fait comme je l'ai toujours fait, dit-il, demande un travail considérable auquel ce qui me reste de force et d'activité ne suffira bientôt plus. Il me paraît bienséant de ne pas attendre que le vide se fasse autour de ma chaire, de laisser à de jeunes intelligences l'occasion de se produire, et de me borner, encore pendant quelques années, à la pratique de mon art. » Moins qu'aucun autre professeur, M. Trousseau avait à craindre ce délaissement : le nombre des élèves qui assistaient à ses dernières leçons en est la preuve, l'originalité de son enseignement en était le garant. Quoi qu'il en soit, l'exemple que l'illustre clinicien donne à ceux de ses collègues qui, depuis longues années, ne veulent tenir aucun compte du vide fait autour de leur chaire, n'en est que plus beau. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que la retraite inopinée de M. Trousseau a provoqué les plus sympathiques et les plus universels regrets, et qu'on a tout tenté pour le faire revenir sur sa détermination.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Manes, médecin inspecteur adjoint de l'établissement thermal des Eaux-Bonnes ; M. Broca, chirurgien en chef, depuis trente-huit ans, de l'hôpital d'Oloron (Basses-Pyrénées).

On annonce la mort de M. le docteur Goujet, médecin à Harfleur, qui a succombé, à l'âge de quarante-quatre ans, à une fièvre typhoïde, et celle de M. le docteur Charles Rolland, de Florentin (Tarn), à l'âge de trente-sept ans.

La Société centrale de médecine du département du Nord a arrêté, pour son concours annuel de l'année 1864, les questions suivantes :

*Question de médecine.* — Du traitement rationnel de l'hémorrhagie cérébrale, fondé sur l'étude des lésions anatomiques, sur leur nature et sur leur étiologie.

*Question de chirurgie.* — 1° De l'ophthalmie sympathique, tant spontanée que traumatique, et de son traitement. (Examiner jusqu'à quel point l'excision de l'œil le premier affecté, et déjà détruit, peut influer d'une manière favorable sur l'état du second. — Appuyer ses assertions non-seulement sur ses observations propres, mais aussi sur des tableaux statistiques raisonnés, dont on indiquera soigneusement les sources.) 2° Des lésions traumatiques de la main et des doigts.

*Question d'accouchements.* — De la nature du palper abdominal comme moyen de déterminer la position du fœtus et surtout de rectifier les présentations vicieuses soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.

Chacune de ces questions peut obtenir : un 1er prix, médaille d'or; un 2e prix, médaille d'argent, et une mention honorable.

Les mémoires devront être adressés avant le 1er mai 1864, et suivant les formes académiques ordinaires, à M. le docteur Rey, secrétaire général, rue du Cirque, à Lille.

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## Du traitement des névralgies.

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Il est peu de maladies qui fassent plus souvent que les névralgies le désespoir des malades et des médecins, et j'ai pensé qu'à ce titre les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, qui prisent surtout les réalités pratiques, recevraient avec intérêt la communication des moyens que nous opposons à ces maladies. Nous tirons les pages suivantes de la seconde édition de notre *Clinique médicale*.

Dans le traitement des névralgies il y a une indication générale, celle de calmer la douleur qui se présente, quelle que puisse être la cause sous l'influence de laquelle la névralgie s'est développée.

Dans quelques cas, sans doute, la cause peut être atteinte immédiatement et la douleur peut disparaître au moment même où la cause disparaît. Les douleurs névralgiques produites par les névrômes cessent à l'instant même où est enlevée la portion de nerf qui est le siége de la tumeur; de la même manière, on fait cesser quelquefois instantanément les douleurs de la cinquième paire par l'extraction d'une dent malade; et non-seulement ici l'odontalgie disparaît dès que la dent est enlevée, mais la névralgie réflexe qui avait atteint les autres branches du trijumeau.

Il s'en faut de beaucoup que nous puissions ainsi atteindre toujours la cause et la détruire en un instant. Il est tout simple que, lorsque la névralgie est sous l'influence d'une affection diathésique, il faut un long traitement pour lutter contre cette cause, et dans bien des cas elle ne peut être détruite. Nous savons assez combien souvent nous sommes impuissants contre le rhumatisme, la goutte, la dartre; à plus forte raison le serons-nous contre les tumeurs de mauvaise nature qui, ainsi que les cancers, les corps fibreux, ne peuvent obéir à l'action de nos agents thérapeutiques. Il est assez facile à comprendre que, dans une pareille occurrence, il faut avant tout calmer, s'il est possible, la douleur névralgique, sauf à faire plus tard ou en même temps ce qu'il nous sera permis de faire contre la cause qui a produit ou déterminé la névralgie. Lors même que, ainsi que dans la chlorose, dans l'anhémie, dans la syphilis, nous pouvons atteindre la cachexie à laquelle se lie la névralgie, encore est-il que l'influence des médications générales est essentiellement lente, et notre premier devoir est de modérer l'intensité de la souffrance, tout en essayant de modifier l'état général.

Il est d'autant plus essentiel de suivre cette règle de conduite, que souvent la névralgie elle-même s'oppose au succès du traitement général. Comment, par exemple, faire supporter à une chlorotique les ferrugineux et les amers, qui lui sont si nécessaires, si elle est sans cesse en proie à d'horribles souffrances qui ébranlent profondément le système nerveux et troublent toutes les fonctions?

Il est donc bien entendu que tout d'abord nous devons nous occuper des moyens de combattre la douleur, indépendamment de la cause qui peut la provoquer.

Les agents stupéfiants occupent ici le premier rang : le chloroforme, l'éther, l'opium, les solanées vireuses, sont les armes dont nous devrons nous servir avant tout. Le cyanure de potassium vient après, et seulement dans les circonstances que nous indiquerons plus tard.

L'huile essentielle de térébenthine, les applications irritantes, escarrotiques, l'acupuncture, l'électropuncture, la faradisation, les bains tièdes très-prolongés, viennent ensuite.

Puis les médications spécifiques, quand la cause est spécifique : le fer, le quinquina, le mercure, etc.

Ce serait peu d'avoir indiqué sommairement tous ces moyens si divers et si nombreux, si je n'insistais d'une manière toute spéciale sur les détails un peu minutieux de ces diverses médications, détails sans lesquels elles perdent leur à-propos et leur puissance.

Lorsque la névralgie est superficielle, par exemple quand elle occupe la tempe, le front, le cuir chevelu, les applications locales de belladone et d'atropine suffisent dans un assez grand nombre de cas. Les solutions d'atropine ont ce grand avantage qu'elles sont très-puissantes et qu'elles ne souillent ni les vêtements ni la peau. La solution que je prescris le plus souvent est la suivante :

| | |
|---|---|
| Pr. Sulfate neutre d'atropine....... | 25 centigrammes. |
| Eau distillée................. | 100 grammes. |

Je fais imbiber des compresses, qui sont appliquées sur les parties douloureuses, puis recouvertes d'un morceau de taffetas ciré pour entretenir l'humidité, le tout maintenu par un ruban ou par un mouchoir. Cette application est renouvelée plusieurs fois en vingt-quatre heures, et chaque fois continuée pendant au moins une heure. Suivant les individus, l'action de cette solution est puissante ou presque inefficace, il ne reste qu'à diminuer ou à augmenter la proportion d'atropine. Lorsque le trouble de la vue, la sécheresse de la gorge sont portés trop loin, la dose doit être diminuée, ou bien

l'application sera moins souvent renouvelée; mais lorsque, d'une part, les phénomènes d'absorption du médicament sont peu prononcés et que, d'autre part, la douleur n'est pas calmée, il convient d'élever la dose et de rendre l'application presque continue. Lorsque la névralgie n'existe que dans un point très-limité, on doit faire usage d'une solution d'atropine beaucoup plus concentrée, 15 centigrammes par exemple pour 10 grammes d'eau un peu alcoolisée. La solution est alors appliquée avec le doigt, par gouttes. On fait deux ou trois fois par heure une petite friction, qui suffit souvent pour produire un effet très-puissant. Lorsque la névralgie occupe le cuir chevelu, par exemple lorsqu'elle a atteint le nerf occipital, il faut mouiller assez fortement la racine des cheveux et la peau du crâne, et l'absorption se fait alors avec une très-grande facilité. Les solutions d'atropine réussissent encore assez bien en applications topiques dans les névralgies du plexus cervical superficiel ; elles sont loin d'être aussi utiles pour les névralgies intercostales, brachiales, et elles perdent presque toute leur efficacité dans les névralgies du plexus lombaire, dans celles du nerf sciatique, dans celles des viscères abdominaux. Lorsque je dis qu'elles perdent presque toute leur efficacité, il n'en faut pourtant pas conclure qu'elles soient toujours inutiles.

L'atropine peut être remplacée par les extraits de datura stramonium, de belladone. Naguère on se servait de pommades faites avec de l'axonge ou du cérat. Le corps gras qui constituait l'excipient de la pommade, sans s'opposer complétement à l'absorption du médicament, rendait cette absorption tellement insuffisante que la médication restait bien souvent inutile ; aujourd'hui on prend pour excipient le glycérolé d'amidon, auquel on incorpore les extraits vireux dans la proportion d'un quart, d'un tiers. Cette mixture, qui a la consistance d'une pommade, offre le grand avantage de s'étendre facilement sur la peau et d'être soluble dans l'eau, de telle sorte que si l'on applique par-dessus un morceau de linge mouillé recouvert d'une pièce de taffetas ciré, on met la peau dans les meilleures conditions pour l'absorption du médicament, et cette absorption se fait ordinairement avec une grande puissance. On obtient par ce moyen fort simple autant que par l'atropine, et si la mixture dont je viens d'indiquer la composition souille un peu la peau du visage, celle du col et les cheveux, ce qui est un médiocre inconvénient, elle est d'un avantage extrême pour les parties que l'on peut recouvrir de fomentations émollientes ou de cataplasmes, comme les parois de la poitrine, le ventre et même les membres.

En un mot, depuis que le glycérolé d'amidon uni aux extraits vireux est d'un usage plus fréquent en médecine, on obtient bien plus souvent, sinon la guérison, du moins le soulagement des douleurs, qu'elles soient névralgiques, qu'elles reconnaissent pour cause une lésion organique ou même une phlegmasie locale.

L'opium, sous toutes ses formes, est loin de rendre les mêmes services que les extraits des solanées; mais les sels de morphine ont cet immense avantage qu'ils peuvent être appliqués sur le derme dénudé, médication si importante dans le traitement des névralgies, que je dois en parler ici avec une certaine insistance.

Le mode suivant lequel nous faisons la dénudation du derme n'est pas indifférent. Il s'en faut de beaucoup que l'on obtienne d'un vésicatoire cantharidé ce que l'on obtient d'un vésicatoire ammoniacal, et pour le vésicatoire ammoniacal lui-même, il s'en faut de beaucoup que l'on puisse compter sur son efficacité toujours et partout.

Lorsque l'on applique le vésicatoire avec les cantharides, il se fait dans la peau un travail morbide qui persiste probablement encore assez longtemps après que l'on a enlevé la matière épispastique, travail morbide qui met, dans une certaine mesure, obstacle à l'absorption. Il ne m'est pas bien aisé de dire le pourquoi, mais le fait clinique subsiste; et la même dose de sulfate de morphine mis sur la peau privée de son épiderme par l'action des cantharides produit un effet beaucoup moins actif que si le derme a été dénudé par l'ammoniaque.

Nous avons bien minutieusement insisté, dans le *Traité de thérapeutique* (articles Ammoniaque, — Opium), sur le mode d'application des vésicatoires ammoniacaux, sur le mode de pansement qu'il convient d'adopter. Mainte fois j'ai appliqué de ces vésicatoires devant les élèves qui suivent ma clinique, afin de leur montrer comment devait être faite cette petite opération, ensuite pour les rendre témoins de la rapidité de l'absorption des sels de morphine, rapidité à laquelle on ne voudrait pas croire si l'on n'en avait pas été témoin.

Je suivais le procédé le plus simple. Je remplissais aux trois quarts un dé à coudre avec de l'ouate de coton bien sèche et bien tassée, puis j'imbibais d'ammoniaque caustique un autre petit tampon de coton qui devait combler le reste du dé. J'appliquais alors le dé sur le point névralgique et je l'y maintenais cinq minutes. Ce temps écoulé, j'enlevais mon petit appareil, et la surface avec laquelle le coton imbibé d'alcali volatil avait été en contact avait pris une teinte un peu plus pâle peut-être que le reste de la peau, tandis que tout

autour il y avait une espèce de congestion fluxionnaire. En promenant le doigt à la surface du petit cercle tracé par l'ouverture du dé, on voyait l'épiderme se mouvoir et se rider, preuve qu'il était détaché. Alors, en frottant un peu vivement avec un morceau de linge, cet épiderme s'enlevait complétement et le derme était mis à nu. Je prenais 1 centigramme de sulfate de morphine, j'y ajoutais une gouttelette d'eau pour en faire une bouillie demi-liquide, et j'étendais cette bouillie sur la portion de peau qui était dénudée. Je recouvrais ensuite la petite plaie avec une rondelle de taffetas ciré, maintenue en collant par-dessus un morceau plus grand de taffetas d'Angleterre. Je dirai tout à l'heure pourquoi j'ai adopté ce mode de pansement.

Toujours, à l'instant même où j'étendais la bouillie sur la peau, je priais les assistants de tirer leur montre et de veiller au moment où quelques signes de narcotisme allaient se manifester. Je faisais asseoir le malade pour que ces signes fussent plus évidents. Une minute et demie ne s'était pas écoulée qu'il sentait déjà des espèces de bouffées de chaleur qui lui montaient à la tête; une demi-minute plus tard, il se plaignait d'étourdisssements; enfin trois minutes après le commencement du pansement, son malaise devenait tel qu'il ne pouvait plus rester assis; il se recouchait alors avec de la tendance au sommeil, et déjà sa douleur avait notablement diminué. Le lendemain les phénomènes indiquant l'absorption du médicament se manifestaient avec une rapidité plus grande encore; mais le troisième jour ils se faisaient longtemps attendre, et ce n'est guère que dans la journée qu'on constatait leur existence; et lorsque le lendemain nous pansions la petite plaie, nous avions l'explication de cette apparente anomalie, car, d'une part, nous la trouvions presque cicatrisée, et, d'autre part, la plus grande partie du sel de morphine restait encore à la surface de la peau.

J'ai l'habitude, le second jour, d'appeler l'attention de mes élèves sur un point assez important, qui sans cela passerait inaperçu. En enlevant les pièces de l'appareil, il semble que la peau soit libre; cependant il n'en est rien : il existe sur la plaie une petite fausse membrane fibrineuse, et il faut, en frottant légèrement, enlever cette fausse membrane. Cette notion si simple doit rester fixée dans la mémoire; car si l'on mettait de nouveau le sel narcotique sans enlever la fausse membrane, l'absorption du médicament se ferait d'une manière plus lente et moins complète. On voit de suite par là les motifs qui me déterminent à faire ce petit pansement, le premier jour, de la manière que j'ai indiquée. En me contentant d'appliquer sur la

peau un morceau de diachylon ou une rondelle de linge enduite d'un corps gras, une partie du sel de morphine se perdrait dans les pièces de l'appareil. Ensuite, la sécrétion fibrineuse de la petite plaie, au lieu de se condenser en fausse membrane à la surface du derme dénudé, s'infiltrerait dans les pièces du pansement, et le soir ou le lendemain, quand on voudrait appliquer de nouveau le sel narcotique, on trouverait le derme irrité et beaucoup moins apte à l'absorption qu'il ne l'est au moment où l'on enlève la petite fausse membrane qui s'est formée au-dessous du taffetas ciré.

Il est une petite circonstance que je ne veux pas laisser oubliée. Lorsque la morphine est appliquée sur la plaie du vésicatoire ammoniacal, elle produit un effet stupéfiant qui commence à se faire sentir deux ou trois minutes après l'application : les phénomènes propres à l'action de l'opium vont augmentant pendant plusieurs heures avec une intensité qui varie singulièrement suivant l'âge, le sexe, suivant aussi certaines conditions tout à fait inappréciables; mais si, le premier jour, on a eu un effet narcotique modéré, on est tenté d'augmenter la dose le lendemain, par ce motif que l'on suppose que l'économie, déjà accoutumée à l'influence de l'opium, ressentira moins vivement cette influence le second jour. Or, il est arrivé souvent que l'action propre du remède est sentie avec une rapidité plus grande encore que la veille, au point qu'il n'est pas rare de voir des femmes complétement étourdies pendant une minute, une minute et demie après l'application du médicament; ainsi l'effet est notablement plus intense le second jour, lors même que la dose est restée la même. Cela tient à une condition très-facile à apprécier, mais que l'on apprécie pourtant peu, si l'on n'y met une certaine attention. Lorsque l'ammoniaque vient d'être appliqué, elle laisse sur le derme une vive irritation qui, pendant près d'une heure, se traduit par une sécrétion très-abondante de sérosité. Cette sérosité coule sur la peau, en dehors des pièces de l'appareil, et si on se donne la peine de faire ce que je fais très-souvent, c'est-à-dire de la goûter, on voit qu'elle a une extrême amertume, due à la morphine qu'elle tient en dissolution; d'où il suit qu'une quantité notable de sel narcotique est entraînée dans les pièces de l'appareil et, par conséquent, n'est pas absorbée; tandis que le soir ou le lendemain, quand on a enlevé la fausse membrane, le derme ne sécrète plus de sérosité, la dose tout entière de sel reste en contact avec la surface de la plaie, et l'influence stupéfiante augmente nécessairement. D'où ce précepte, c'est qu'en général il faut, au second pansement, pour obtenir le même effet, mettre une dose moindre de morphine.

En tout état de cause, il faut n'appliquer sur le derme dénudé par l'ammoniaque que de faibles doses de sel narcotique; nulle part l'absorption n'est aussi vive qu'à la surface de la peau privée de son épiderme, et bien souvent on risque de graves accidents lorsque, de prime abord, on met une dose un peu élevée. Ne commencez jamais, chez une femme, par plus de 1 centigramme; par 2 chez un homme; réservons-nous de n'augmenter les doses quand nous aurons appris à connaître la manière dont nos malades supportent l'action du médicament.

Le premier effet de l'application du sel de morphine est quelque chose qui tient presque du miracle : quelques minutes parfois suffisent pour calmer des douleurs atroces. Il est rare que dans une névralgie violente on n'apporte pas un grand calme. Mais entre ce calme, entre la cessation même totale de la souffrance et la guérison, il y a un abîme, et il est rare que la douleur ne revienne pas, plus ou moins vive, lorsque les effets stupéfiants du remède sont dissipés. Il importe donc de poursuivre le mal et de tenir l'économie sous l'influence du remède pendant un temps plus ou moins long. Il faut donc faire une nouvelle application le soir, la recommencer encore deux fois le lendemain; de cette manière on peut, dans un grand nombre de cas, supprimer tout à fait la douleur pendant quelque temps.

J'ai dit que le troisième jour la surface dénudée par l'ammoniaque n'absorbait plus : il faut donc faire une plaie nouvelle et la faire de la même manière, dans un point voisin du premier, ou bien dans un autre point, si la vivacité d'une douleur persistante nous y invite. Il faut la faire en ayant toujours grand soin d'irriter la peau juste autant que la chose est nécessaire pour que l'épiderme commence à se détacher, jamais assez pour qu'il y ait une phlyctène très-saillante, car alors la brûlure de la peau a été jusqu'à l'escarrification superficielle et l'absorption sera plus difficile; d'autre part, il restera une cicatrice indélébile, ce qui est à considérer quand il s'agit du visage et des parties qui souvent sont exposées à la vue.

Ainsi se continue l'action des stupéfiants pendant huit, dix, quinze jours, tout autant que la chose est nécessaire pour faire perdre à l'économie une vicieuse habitude.

Lorsque l'application extérieure des pommades chargées de principes stupéfiants, celle des solutions chargées d'atropine, celle des narcotiques mis en contact avec le derme dénudé n'ont pas réussi, la médication en question n'a pas encore dit son dernier mot : c'est alors que nous devons essayer la méthode dite sous-cutanée, qui,

dans un grand nombre de cas, rend des services que les autres manières d'administrer le médicament ne pourront pas rendre. On sait en quoi consiste cette médication, inventée par Rynd et propagée surtout en Angleterre par Wood, et chez nous par M. Béhier. Avec la seringue que M. Pravaz a imaginée pour injecter dans les tumeurs anévrysmales un liquide coagulant, on dépose sous la peau, et le plus près possible du cordon nerveux qui est le siége de la douleur, une solution très-concentrée de sulfate neutre d'atropine ou de sulfate de morphine. C'est au sel d'atropine que l'on a le plus souvent recours. La solution dont on se sert est ordinairement de 5 centigrammes de sulfate d'atropine pour 5 grammes d'eau distillée; c'est donc une solution au centième; pour la morphine, on fait la solution au vingtième, soit 5 centigrammes pour 1 gramme d'eau distillée.

Il suit de là qu'en injectant une goutte de solution d'atropine, on dépose sous la peau 1/2 milligramme de sel solanique et 2 milligrammes 1/2, soit un quart de centigramme de sel de morphine.

La petite seringue est ainsi disposée que, lorsqu'elle est remplie, une demi-révolution du piston, qui descend avec un pas de vis, donne une goutte. On peut donc graduer les doses avec une extrême facilité.

On injecte ainsi quatre, cinq, et jusqu'à dix et quinze gouttes de solution, en commençant par de faibles doses afin de tâter la susceptibilité du malade : les doses sont ensuite graduellement accrues.

C'est surtout pour les névralgies profondes que ce moyen est employé, et quoique certains de nos collègues l'aient vanté peut-être avec exagération, il n'en est pas moins fort puissant et mérite d'être placé à côté de celui que j'ai décrit tout à l'heure avec tant de minutie. La petite ponction que l'on est obligé de faire pour placer la canule sous la peau n'effraye que des personnes pusillanimes ; mais elle a elle-même de certains avantages, et plusieurs fois je me suis abstenu de faire l'injection après avoir fait la piqûre, et cette simple acupuncture suffit pour produire, dans certains cas, une très-grande amélioration. Je dirai tout à l'heure ce que l'on peut espérer de l'acupuncture et de l'électropuncture employées seules dans le traitement des névralgies,

On sait avec quelle impatience l'économie supporte l'atropine. Certaines personnes ne peuvent prendre, à l'intérieur un granule de 1 milligramme sans éprouver une sorte d'empoisonnement, ou tout au moins des troubles fort incommodes du côté de la gorge et

des yeux. J'avoue que, sachant de quelle façon les sucs gastriques modifient quelquefois certaines substances végétales, je comptais, en injectant une solution narcotique dans le tissu cellulaire, obtenir un effet beaucoup plus énergique que celui que j'obtenais par le mode d'administration ordinaire. Mon attente a été singulièrement trompée, et, à mon grand étonnement, j'ai vu que dix et quelquefois quinze, vingt gouttes de solution d'atropine, représentant 5 milligrammes et même 10 milligrammes de ce sel, et qui, ingérées, auraient certainement produit de graves accidents toxiques, étaient supportées avec autant de facilité que 1, 2 milligrammes de sel administré par les voies ordinaires.

Ce que je dis de l'atropine, je dois le dire de la morphine. Je veux ajouter aussi qu'il faut persévérer quelque temps dans le traitement pour obtenir les résultats que l'on est en droit d'attendre de la médication.

J'ai imaginé, il y a déjà plus de trente ans, dans le traitement des névralgies profondes, et surtout de la sciatique, une médication qui m'a toujours donné des résultats plus complets que les méthodes endermique et sous-cutanée. Je puis rappeler comme exemples récents deux hommes couchés salle Sainte-Agnès, l'un au n° 8, l'autre au numéro 14, tous deux atteints d'une sciatique fort douloureuse et fort opiniâtre. L'emploi des injections sous-cutanées atropiques, pratiquées pourtant à doses fort-élevées et avec une grande persévérance, n'amène qu'un soulagement de quelques heures, acheté par un malaise fort incommode. L'huile essentielle de térébenthine, donnée à hautes doses n'améliora que fort médiocrement la condition de nos deux malades. Je mis en usage alors, avec un succès que l'on a pu constater, la médication que j'ai jadis décorée du nom d'*hypodermique*, dénomination qui irait beaucoup mieux à la méthode sous-cutanée.

Le malade couché sur le ventre, je fais à la fesse un pli perpendiculaire à l'axe du corps et répondant au point d'émergence du nerf sciatique : je confie une des extrémités du pli à un aide, et moi-même, avec l'index et le pouce de la main gauche, je tiens l'autre extrémité. Alors, tenant un bistouri à lame droite, le talon dans ma main droite et le tranchant de la lame dirigée en haut, comme pour couper de dedans en dehors, je traverse avec rapidité la base du pli. De cette manière, la section de la peau est à peine douloureuse, elle a surtout l'avantage d'être nette et sans queue. Le tissu cellulaire sous-cutané est au fond de la plaie. Je bourre la plaie avec un bourdonnet de charpie maintenu par un

large morceau de sparadrap de diachylon, et j'attends au lendemain.

Quelquefois cette simple opération suffit pour assurer non-seulement un soulagement, mais une véritable guérison ; ces cas sont rares malheureusement.

Le lendemain et les jours suivants je panse de la manière ci-après indiquée.

Le pharmacien a préparé des pois médicamenteux ainsi qu'il suit :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone ou de datura stramonium | 2 grammes. |
| Extrait d'opium | 2 grammes. |
| Poudre de gaïac finement tamisée | 4 grammes. |
| Mucilage de poudre adragante, quantité suffisante pour faire une masse pilulaire. | |

Divisez en vingt bols, que l'on fera sécher à l'étuve.

Chaque pois médicamenteux contient 10 centigrammes d'extrait d'opium et autant d'extrait de stramoine ou de belladone. Le gaïac et la gomme adragante n'ont ici d'autre utilité que de donner à la masse une dureté fort grande, sans empêcher pourtant que les pois se ramollissent et cèdent une partie des principes vireux qu'ils contiennent.

J'en fais mettre dans la plaie au moins deux, quelquefois trois, et je maintiens les pois avec une pièce de sparadrap de diachylon au-dessous de laquelle, lorsque je le puis, je fais placer une petite plaque de plomb très-flexible ou plusieurs feuilles d'étain réunies. Il est bon quelquefois de mettre dans la plaie, en même temps que les bols médicamenteux, un pois à manger bien sec, qui, pendant la journée, se gonfle considérablement et maintient toujours la plaie parfaitement béante. L'absorption des agents vireux appliqués de la façon que je viens d'indiquer est assez active, et il est facile de graduer l'action narcotique en augmentant ou en diminuant la quantité des bols introduits ; l'on arrive au même but en faisant préparer des pois médicamenteux dans la composition desquels on fera mettre une moindre proportion d'opium et de belladone.

Je ne fais faire ordinairement qu'un pansement en vingt-quatre heures. Toutefois on arrive plus rapidement à la guérison en pansant matin et soir, sauf à mettre chaque fois une moindre quantité de pois. Il importe, pour tirer de cette médication tout l'avantage que l'on est en droit d'en attendre, de tenir constamment l'économie sous l'influence des agents thérapeutiques.

On continue ainsi tant que durent les douleurs : quand elles ont disparu, on ne met plus chaque fois qu'un pois médicamenteux

avec un pois à manger sec, et, lorsque depuis huit ou dix jours le mal est parfaitement dissipé, on panse comme un simple cautère avec des pois non médicamenteux.

Après bien des tentatives diverses, je dois déclarer ici que le mode de traitement que je viens d'indiquer est celui qui m'a le mieux réussi dans la sciatique.

Il y a là une double action, celle des stupéfiants, celle des exutoires. Nous avons déjà vu ce que pouvaient les narcotiques appliqués topiquement dans le traitement des névralgies; tout à l'heure je rappellerai ce que l'on obtient par les applications révulsives superficielles ou profondes. Ne voit-on pas que l'emploi simultané du cautère profond et des stupéfiants répond aux indications mieux que l'une ou l'autre des médications isolément appliquées?

Il est un autre avantage que présente cette méthode, c'est que, lorsque les douleurs sont dissipées, il nous reste une plaie à la peau, un véritable cautère, qui, entretenu pendant quelques jours, quelques semaines, assure la guérison; et si les douleurs reparaissent quelque peu, il sera bien facile, sans nouvelle incision, de revenir à l'application de quelques bols médicamenteux.

M. le docteur Lafargue, de Saint-Emilion, a préconisé une méthode qui, dans les névralgies superficielles et peu graves rend de réels services. Elle consiste à tremper l'extrémité d'une lancette dans une solution saturée de sels de morphine ou d'atropine, et à introduire sous l'épiderme de petites quantités de ces médicaments, exactement comme lorsque l'on pratique la vaccination.

Il y a sans doute dans ce procédé une double action, celle de l'irritation cutanée produite par la piqûre de l'instrument et par les papules assez douloureuses qui en sont la conséquence; mais cette espèce de révulsion a dans la curation la moindre part, car il s'en faut de beaucoup que l'on arrive aux mêmes résultats par l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires. D'autre part, cette inoculation produit des effets stupéfiants assez notables, et l'on doit supposer qu'elle agit à la manière des applications de sels narcotiques sur le derme dénudé.

Le cyanure de potassium appliqué en solution sur la peau revêtue de son épiderme rend encore d'assez grands services dans le traitement des névralgies qui occupent les nerfs situés superficiellement, comme ceux de la face, du crâne. La solution doit être forte, 1 gramme de sel pour 80 grammes d'eau distillée. On imbibe une compresse pliée en plusieurs doubles, que l'on maintient d'abord avec une pièce de taffetas ciré, ensuite avec un mouchoir. L'applica-

tion dure d'une demi-heure à deux heures et est renouvelée trois ou quatre fois en vingt-quatre heures. Elle a sans doute de grands avantages, mais elle n'est pas non plus exempte d'inconvénients, que je dois signaler. Le cyanure de potassium pur est un sel caustique, et étendu de quatre-vingts fois son poids d'eau distillée, il est encore assez irritant ; il produit donc une rougeur vive de la peau, puis une éruption vésiculeuse ou papuleuse, assez vive et assez incommode quelquefois pour obliger le médecin à cesser l'usage du remède. Il a encore un inconvénient beaucoup plus grave ; il altère les cheveux comme certaines substances fortement alcalines, les rend cassants et leur donne une couleur rousse, qui ne disparaît que lorsque les cheveux sont repoussés. Tout cela doit être dit, afin qu'on évite ce qui peut être évité, et qu'on tâche, à moins d'une impérieuse nécessité, de ne pas mettre en contact avec les cheveux la solution de cyanure de potassium.

A côté du cyanure de potassium je dois placer le chloroforme, qui s'emploiera à peu près dans les mêmes circonstances. Jamais on ne doit se servir du chloroforme pur, du moins pour le visage et pour les parties qui doivent être habituellement découvertes. Il est vivement irritant, et son action irritante va quelquefois jusqu'à la vésication. Il a peut-être alors une double action dans les névralgies ; l'action révulsive, au même titre que les vésicatoires volants, les sinapismes, les badigeonnages avec la teinture d'iode ; et, de plus, l'action sédative. Toutefois, quand on veut compter sur cette dernière, il faut faire des liniments dans lesquels le chloroforme entrera pour le tiers, la moitié, et alors l'action sédative est ordinairement obtenue. Je le répète, cette médication, qu'il ne faut pas négliger parce qu'elle est simple et d'un emploi facile, ne réussit que dans les névralgies peu violentes, dans celles surtout qui sont superficielles.

Tout à l'heure je dirai ce qu'on peut attendre des inhalations de chloroforme dans les névralgies les plus douloureuses.

(*La fin au prochain numéro.*)

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### Des polypes naso-pharyngiens [1].

Par M. le docteur X. Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

#### DES OPÉRATIONS QU'ON PRATIQUE POUR LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

Ces opérations sont de trois sortes. Ce sont : 1° les opérations préliminaires; 2° les moyens employés pour l'extirpation de la tumeur; 3° les procédés mis en usage pour empêcher la récidive, tels que la rugination et la cautérisation.

*Des opérations préliminaires.* — Loin de moi la prétention d'affirmer, contre l'opinion générale des chirurgiens actuels, que les méthodes préliminaires ne sont point un progrès et un avantage incontestable; elles ont été employées à toutes les époques, et la chirurgie moderne a le mérite de les avoir perfectionnées et d'en avoir nettement établi la valeur.

On a expérimenté toutes les voies possibles pour pénétrer jusqu'aux polypes naso-pharyngiens. On y est arrivé de bas en haut, en incisant le voile du palais ou en excisant la voûte palatine; d'avant en arrière, en agrandissant l'orifice des fosses nasales; en avant et sur les côtés, en enlevant ou en écartant un des maxillaires supérieurs; cette méthode résume les précédentes. Rampolla se crée une voie par en haut. Il n'y a que la voie latérale qui n'ait point été tentée; et cela s'explique, car la paroi latérale du pharynx est protégée par l'articulation temporo-maxillaire, la carotide, la jugulaire et des nerfs d'une extrême importance.

Les méthodes préliminaires reposent sur ce fait, qu'il faut se débarrasser de certains obstacles pour enlever facilement les polypes et s'opposer à leur reproduction.

M. Verneuil, se plaçant à un point de vue général, désigne ces méthodes sous les noms de : *buccale, nasale, faciale.* Il range le procédé de Rampolla dans la méthode nasale, et à juste titre.

Pour faire un choix entre ces méthodes, ou même pour savoir si l'une d'elles doit être mise en usage, il faut connaître, approximativement du moins, quel est le point d'insertion des polypes : généralement l'exploration directe avec le doigt est chose difficile; car ces tumeurs prennent un accroissement rapide et remplissent assez exactement la cavité pharyngienne ou nasale, de sorte que le doigt ne peut s'introduire entre elles et les parois; dès lors il devient im-

[1] Suite et fin, voir le dernier numéro, p. 349.

portant de savoir quelle est leur insertion habituelle. Quand l'autopsie a permis d'examiner cette question avec une précision complète, on a vu que les points principaux d'attache variaient peu. D'après MM. Nélaton et Houël, ils s'implantent surtout à la voûte basilaire; on les rencontre également au niveau de la suture occipito-sphénoïdale, ou pétro-occipitale, et alors ils sont situés plus d'un côté que de l'autre. Quelquefois ils naissent du sphénoïde, du vomer, de la trompe d'Eustache; M. Paletta rapporte même un cas d'implantation sur l'ethmoïde. Outre ces lieux d'élection de l'implantation principale, la tumeur peut encore contracter des adhérences secondaires avec tous les tissus au contact desquels elle se trouve; au dire de M. Nélaton, elle peut soulever la muqueuse et s'insinuer sous elle; de là ces tumeurs non pédiculées, adhérentes de toutes parts, dont la destruction est si laborieuse.

Mais ce n'est point tout : les polypes se déplacent en grandissant; ils refoulent le voile du palais et se montrent dans la bouche; presque toujours ils s'insinuent dans le nez, dont la voûte pharyngienne n'est que la continuation; ils envahissent même le sinus maxillaire; ils peuvent contourner les apophyses ptérygoïdes et faire saillie sur les côtés de la face en poussant en dedans ou en arrière de la branche montante du maxillaire. J'ai vu des cas de l'une et de l'autre variété.

Quand on doit lutter contre un mal qui présente une telle diversité dans ses points d'attache, dans ses adhérences primitives ou secondaires, qui développe ses prolongements de plusieurs manières différentes, le chirurgien ne saurait s'armer de ressources trop nombreuses pour alléger sa tâche difficile. Nous allons passer en revue chaque procédé préliminaire, et tâcher de déterminer son importance.

*De l'incision du voile du palais.* — Le voile du palais est un obstacle évident pour le regard, le doigt et les instruments qu'on dirige vers l'arrière-cavité des fosses nasales. Il faut, pour en triompher, ou l'inciser ou le relever; on peut aussi, dans certains cas, le laisser intact.

Manne, d'Avignon, en pratiqua le premier l'incision vers 1747; son exemple fut suivi par plusieurs chirurgiens du siècle dernier, et récemment M. Maisonneuve (1859), modifia ce procédé, en respectant le bord libre, pour faciliter plus tard la réunion.

Les avantages que donne cette incision doivent-ils faire oublier ses inconvénients? Telle est la question qu'on peut se faire tout d'abord. Or les inconvénients sont sérieux et il faut compter avec

eux. Quand on parcourt un grand nombre d'observations, on voit que l'incision du voile donne lieu fréquemment à des hémorrhagies abondantes, qui sont une grave complication de l'opération principale. Puis elle nécessite toujours une staphylorrhaphie consécutive, chose fort délicate pour le chirurgien, et horriblement pénible pour le patient. Sans doute, l'incision verticale de toute la hauteur du voile du palais permet l'introduction plus facile des instruments, mais elle ne laisse point l'œil voir aisément la voûte pharyngienne; l'avantage qu'on en retire n'est donc pas considérable. On voit mieux une partie de la tumeur, mais c'est précisément celle qu'il importe le moins d'avoir sous les yeux; la base d'implantation se soustrait complétement à la vue. Quant à l'opération de M. Maisonneuve, je partage les appréhensions qui ont été émises à son sujet, et je pense qu'elle convient à ces cas exceptionnels où la tumeur est très-peu volumineuse, car la boutonnière staphyline ne donne qu'une petite ouverture.

Si le voile du palais était un organe rigide, non susceptible de se déplacer sous l'influence d'une pression, son incision serait fréquemment urgente, sans aucun doute; mais, loin de là, il est possible de le relever. M. Desgranges, dans son mémoire sur les polypes naso-pharyngiens (*Gaz. hebd.*, 1854), a publié l'ingénieux procédé par lequel il se débarrasse complétement de cet obstacle. Il consiste à appliquer exactement cet organe contre la voûte palatine, au moyen d'une chevillière qui, passant par la narine du côté opposé au polype, ressort par la bouche. Cette ligature peut être laissée en place plusieurs heures et mise en usage aussi souvent que l'exigent les besoins de l'opération. D'un emploi rapide et facile, elle me paraît avoir tous les avantages attribués à l'incision; seulement elle cause quelque douleur au moment de la constriction.

Le toucher est beaucoup plus essentiel que la vue, et il n'y a pas de difficulté sérieuse à le pratiquer lorsque le voile est refoulé par une tumeur. Le moment de la gêne réelle, c'est lorsque le polype est enlevé. Quand on veut alors toucher la voûte pharyngienne, la pulpe digitale rencontre le bord libre du voile, elle le soulève en haut et tend à le renverser en arrière, ce qui est impossible; le malade s'agite et le résultat est nul. Sur le cadavre, ce renversement en arrière se fait de la même manière. En insistant, en plaçant le doigt obliquement, par surprise, on peut sans doute forcer l'obstacle; mais il est un moyen plus sûr d'introduire le doigt dans le pharynx sans éprouver de difficulté, c'est de relever légèrement le voile du palais avec un instrument courbe quelconque, des ciseaux

courbes, par exemple, puis d'introduire le doigt. Le voile est alors appliqué contre la voûte et le malade n'accuse pas de souffrance. Quand on 'a pris cette petite précaution, on est étonné de la facilité avec laquelle on explore les diverses parties du dôme pharyngien.

Ce qui est facile pour le doigt l'est également pour les instruments.

Le voile du palais est donc un obstacle facile à surmonter ; et, plutôt que de l'inciser, il me paraît préférable de le relever par le procédé de M. Desgranges, si les précautions que je viens d'indiquer ne sont point suffisantes.

En résumé, l'opération de Manne a des avantages apparents et des inconvénients réels. Autrefois, lorsque l'extirpation avec des pinces volumineuses était employée fréquemment, elle pouvait être indispensable ; elle ne me paraît plus l'être aujourd'hui.

*Résection de la voûte palatine.* — M. Nélaton n'est pas le premier à avoir appliqué cette méthode, mais il en a perfectionné l'exécution, et qui mieux, il lui a assigné un but d'une grande utilité pratique, la cautérisation destructive pour prévenir la récidive. A la résection de la voûte il unit la division totale du voile ; il conserve les muqueuses nasale et buccale. M. Botrel, son élève, pensa qu'il serait utile de respecter le bord libre du voile. M. A. Richard pratiqua la perforation osseuse sans toucher au voile du palais.

Cette opération n'est point d'une exécution difficile, même en conservant les muqueuses ; elle permet de porter le doigt avec une grande facilité sur la voûte pharyngienne et d'y appliquer les caustiques avec une précision parfaite ; toutefois il faudrait produire un délabrement considérable pour que l'œil pût plonger partout. Si le polype a envahi les fosses nasales, le sinus maxillaire, s'il a poussé des prolongements latéraux, cette méthode sera insuffisante et l'on devra recourir à l'ablation du maxillaire. M. Nélaton l'a si bien senti, qu'il considère comme inutile l'ablation des prolongements secondaires des tumeurs. Quand on a détruit la voûte, on rencontre la tumeur par la partie inférieure, circonstance défavorable pour en faire aisément l'ablation. Une semblable opération me semble donc seulement justifiée par ces cas où le chirurgien n'a d'autre ressource, pour détruire un polype à large base, que la cautérisation profonde fréquemment répétée. M. Verneuil a déjà fait la critique du procédé de M. Nélaton, et pour mon compte, je me résoudrai difficilement à l'employer, d'autant plus que le sujet, habituellement jeune, conservera indéfiniment les traces de la mu-

tilation, malgré les reproductions osseuses, nécessairement incomplètes.

*Résection du maxillaire supérieur.* — Si j'ai critiqué l'incision du voile du palais et la résection de la voûte palatine, comme opérations préliminaires, il n'en sera pas de même de l'ablation du maxillaire. Cette opération, plus grave assurément que les précédentes, donne une grande facilité pour enlever le mal et ses prolongements. Elle doit être réservée pour les cas extrêmes.

Elle est généralement attribuée à Flaubert (1840); mais, d'après M. Verneuil, Syme l'avait exécutée déjà en 1832. Elle a été heureusement modifiée par M. Maisonneuve, qui n'enlève que la partie inférieure de l'os, c'est-à-dire la voûte palatine et les arcades dentaires; par MM. Roux (de Toulon) et Langenbeck, qui luxent en dehors les maxillaires, enlèvent la tumeur, puis remettent les choses en place.

*Voie nasale.* — Garengeot agrandissait les narines, pour saisir mieux les polypes. En 1857, M. E. Desprez conseilla une large ouverture nasale, comme opération préliminaire. Cette idée me paraît très-rationnelle. On peut ainsi obtenir une voie assez large, et le délabrement pourra être assez bien dissimulé.

*Procédé de Rampolla.* — Au premier abord, ce procédé séduit par son apparente simplicité. Il paraît en effet fort ingénieux et fort juste de perforer l'unguis, d'introduire une anse dans le pharynx par cette ouverture artificielle, et d'étreindre la racine du polype tout à fait en haut du pharynx, en opérant une traction de bas en haut, et non de haut en bas comme par le nez. Quand on y regarde de plus près, on voit bientôt que ce procédé ne tient point ses promesses et qu'il est défectueux sous plusieurs rapports.

Rampolla dit qu'en traversant l'unguis on pénètre dans le méat supérieur des fosses nasales; mais cette proposition n'est pas absolument juste. D'après les recherches de M. Verneuil, on pénètre dans le méat moyen. C'est également le résultat qu'ont eu la plupart de mes essais. Pour pénétrer dans le méat supérieur, il faut une attention spéciale; si l'on pénètre dans le méat moyen, le but que se propose Rampolla est complétement manqué; car le cornet moyen est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte que les instruments qui passent au-dessous de lui sont dirigés à la partie inférieure de l'orifice et non point vers la voûte pharyngienne. La première difficulté à éviter, c'est de perforer l'unguis trop bas; autre difficulté, c'est de perforer au niveau de l'insertion du cornet sur l'unguis. C'est dans un espace limité de cet os qu'il faut atta-

quer pour pénétrer dans le méat supérieur et atteindre la voûte pharyngienne. Cette voie étant ouverte, on ne peut faire pénétrer des instruments rectilignes dans le pharynx, à moins de produire des délabrements étendus dans la paroi interne de l'orbite. Les instruments courbes pourront, à la vérité, pénétrer, mais dès qu'on exécute une traction, sur une corde par exemple, elle se redresse et peut produire des déchirures qui seront la source d'accidents graves, tels que fracture de l'ethmoïde, du cornet, et même phlegmon orbitaire.

Je pense qu'il est extrêmement difficile d'arriver par la voie de l'unguis à la partie supérieure du pharynx; mais en est-il de même par les narines? Rampolla paraît admettre que cela est malaisé, sinon impossible; et cependant rien de plus simple que de pénétrer avec un instrument droit directement en haut, et de toucher l'apophyse basilaire. Quoi qu'on fasse, on ne pourra jamais porter l'anse d'un fil plus haut que l'orifice postérieur, qui a 2 centimètres et demi de hauteur, et le sommet de cet orifice sera toujours atteint plus facilement par la narine que par l'unguis. Le principal argument de Rampolla me paraît donc dénué de fondement; l'utilité de son procédé ne me paraît donc nullement démontrée, à moins qu'il ne se rencontre des cas où l'introduction de l'anse soit impossible par la narine, complétement oblitérée par un polype, comme M. Robert en cite un exemple. Toutefois il me semble qu'on peut toujours pousser une sonde de Belloc ou un stylet flexible, par la narine envahie, et qu'on est même autorisé à employer une certaine force, dut-on se créer une voie à travers la production morbide.

Rampolla, en présentant son mémoire, citait un seul fait où son procédé avait été appliqué par lui, et le malade avait succombé. J'ai vu également une seule fois un chirurgien très-habile pratiquer cette opération; elle fut très-laborieuse quoique le voile du palais eût été incisé. Le polype fut parfaitement enlevé et guéri, mais il y eut un phlegmon de l'œil.

Cette nouvelle opération préliminaire n'est donc point sans danger et me semble devoir être réservée pour les cas indispensables.

*Procédés d'extirpation.* — Ce sont : 1° la ligature, telle qu'on la pratiquait encore il y a quelques années. Elle est justement délaissée, à cause de ses lenteurs et de la putréfaction qu'elle engendre et qui a quelquefois causé la mort. 2° L'arrachement avec des pinces et l'excision sont des méthodes de nécessité. Leur exécution est sou-

vent fort difficile, à cause de la dureté des tumeurs, qui se morcellent; elle cause des hémorrhagies abondantes et nécessite des tentatives réitérées. 3° Middeldorpff inaugura, en 1853, la cautérisation électrique avec un fil de platine incandescent. Ce moyen, excellent sous beaucoup de rapports, nécessite des appareils spéciaux, sérieux obstacle à sa vulgarisation. La cautérisation, comme méthode d'ablation, a, du reste, été détrônée par l'écrasement linéaire de M. Chassaignac, mieux encore appelé ligature extemporanée par M. Maisonneuve. 4° L'écrasement linéaire permet d'enlever la plupart des tumeurs sans s'exposer à l'hémorrhagie, suite de l'excision ou de l'arrachement, et à la fétidité insupportable et dangereuse de la ligature ancienne; il jouit des avantages de la ligature sans en avoir les inconvénients.

La chaîne de M. Chassaignac est inapplicable dans la plupart des cas. Les fils de fer de M. Maisonneuve peuvent réussir habituellement; mais leur rigidité les empêche de se mouler exactement sur la forme des parties; ils forment quelquefois des courbures brusques et se brisent dès que la constriction devient énergique. J'ai été témoin plusieurs fois de cet accident. Mieux vaut, je crois, employer l'écraseur à corde que M. Desgranges a fait construire, et qui peut s'appliquer à tous les cas où l'écrasement est indiqué. Grâce à cet ingénieux instrument, on peut couper un pédicule très-volumineux et très-résistant. Une corde de bonne qualité résiste plus qu'un fil de fer, à cause de sa flexibilité, qui compense largement, du reste, son volume un peu plus considérable.

A l'extrémité de l'écraseur on pourrait ajouter quelques grains de chapelet, en métal ou en buis, pour rendre l'introduction plus facile dans une cavité courbe; mais, au nez, un instrument droit suffit.

Si l'anse ne peut étreindre le pédicule ou une portion notable de la tumeur, l'écrasement ne peut être employé. Cette circonstance défavorable peut tenir, en premier lieu, à la forme de la production morbide, qui possède une base très-large. On doit alors recourir à l'arrachement ou bien à la cautérisation destructive. En second lieu, cela peut être dû au point où le polype s'insère. En effet, s'il est inséré à la partie inférieure de l'apophyse basilaire et qu'il se prolonge dans le nez, il est impossible de le saisir par une anse introduite par la bouche et ressortant par la narine, car cette anse lui devient parallèle, manque de prise et glisse nécessairement. Si l'on pouvait soupçonner une disposition semblable, on pourrait peut-être agir en sens inverse, essayer de faire glisser l'anse dans le nez,

à la partie supérieure de la tumeur, et placer l'écraseur dans la bouche ; on couperait ainsi d'avant en arrière, et non d'arrière en avant.

Si le polype s'insère sur la paroi antérieure, au lieu de glisser l'anse en arrière de la tumeur, il faudra la placer dans le pharynx, mais en avant. M. Janson m'a dit avoir employé avec succès ce moyen à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Enfin, si l'on parvenait à constater l'insertion latérale d'un polype qui occupe toute la fosse nasale correspondante, on pourrait peut-être l'étreindre en passant l'anse dans le nez, d'avant en arrière, et faisant ressortir les deux extrémités par la fosse nasale du côté opposé. Ces modifications permettraient donc d'agrandir le champ d'application de l'écrasement linéaire.

*Des moyens à employer pour empêcher la récidive.* — Le chirurgien n'a point tout fait quand il a enlevé la plus grande partie de la tumeur, il faut encore en détruire les racines. L'histoire des polypes naso-pharyngiens est féconde en exemples de la triste facilité avec laquelle ces tumeurs repullulent ; tous les chirurgiens en ont cité des exemples ; M. Cloquet croit pouvoir compter approximativement quarante-cinq récidives sur cinquante opérations ; M. Nélaton redoute tellement cet accident, qu'il a imaginé la résection de la voûte palatine principalement pour la prévenir. Aussi l'assertion de M. Robert, qui dit qu'on peut laisser sans inconvénient le pédicule de la tumeur paraît extraordinaire, tant elle est en opposition avec tous les enseignements de l'expérience. Quoique M. Nélaton pense qu'on peut négliger les prolongements secondaires de la tumeur vers la fosse zygomatique, le plus sage est de détruire complétement les racines du mal, sous peine d'avoir fait une opération inutile. Quelques polypes bien pédiculés s'enlèvent du premier coup complétement ; mais ils sont une exception, et la plupart, n'ayant point été radicalement extirpés, exigent impérieusement des moyens propres à prévenir la récidive.

Ces moyens sont : 1° la *rugination*, qui exige une large déperdition de substance, comme celle que peut donner l'ablation du maxillaire supérieur ; 2° la *cautérisation*, sur laquelle je vais m'arrêter un instant et qui peut s'appliquer dans tous les cas.

Elle se pratique : *A.* avec le *fer rouge*. On peut lui reprocher la diffusion du calorique et la production de fumée, qui fatigue l'opéré et gêne l'opérateur. — *B.* Le *cautère électrique* possède les mêmes inconvénients, à un degré moindre, il est vrai, que le premier ; mais il faut en avoir une habitude spéciale pour l'employer avec

succès. — *C.* Les *caustiques liquides*, acide chlorhydrique, nitrique, etc., ont plus d'inconvénients encore, malgré les tubes à travers lesquels on les porte sur la partie malade. Il est très-difficile de limiter leur action, et même entre les mains de chirurgiens expérimentés ils peuvent produire de graves désordres sur les parties saines, qu'ils attaquent aussi facilement que les parties malades. Leur puissance destructive est du reste très-faible. — *D.* Cette dernière objection est également applicable au *caustique Filhos*, qu'on laisse un instant en place et qui agit superficiellement. — *E.* Le caustique au *chlorure de zinc*, appelé aussi *pâte de Canquoin*, me semble, lorsqu'il est bien préparé, supérieur à tous les autres moyens. Son emploi s'allie avec toutes les méthodes ; aucun caustique n'agit plus profondément et plus rapidement ; il a le précieux avantage d'arrêter les hémorrhagies, de ne pas être diffluent et d'attaquer les tissus morbides de préférence aux tissus sains, qui sont protégés par leur épithélium. M. Barrier l'applique avec succès dans diverses affections de la gorge, et il a même imaginé dans ce but une série d'instruments. Voici le moyen ingénieux employé par M. Desgranges : le polype étant détruit, on porte une plaque de caustique dans le pharynx, au moyen d'une tige de baleine qui est introduite par la bouche et ressort par le nez. Cette tige sert à porter le caustique sur le point d'implantation, et c'est le doigt, placé dans le pharynx, qui la guide. On la recouvre ensuite de bourdonnets de charpie, lesquels sont soutenus par une petite spatule en fer, qui s'introduit au-dessous d'eux et se fixe à un appareil frontal de Kramer.

Il serait moins compliqué de porter directement le caustique, attaché sur une plaque de fer disposée dans ce but en forme de spatule. On l'introduirait par la fosse nasale, qui est généralement agrandie, dont l'orifice postérieur est plus spacieux, dont les cornets sont aplatis. D'après mes recherches cadavériques on peut aisément introduire par cette voie, à l'état normal, une plaque de Canquoin de 2 à 3 centimètres de diamètre, et la placer contre la voûte pharyngienne. C'est l'orifice des fosses nasales qui est la partie la plus étroite. On introduit verticalement tout d'abord le plus grand diamètre de la plaque caustique, puis, dans le pharynx, on la tourne horizontalement ; en dehors, elle est fixée comme précédemment. Les bourdonnets de charpie ne sont point indispensables, ainsi que le prouve la manière de faire de M. Barrier.

Le caustique peut-être ainsi laissé en place tout le temps jugé convenable, et ce temps doit varier suivant l'épaisseur des tissus

à détruire. Une seule cautérisation peut suffire ; dans le cas de l'observation n° 2, elle dura sept heures consécutives, et à la chute de l'escarre l'os basilaire était dénudé. La douleur, assez vive pendant la première heure, devient obtuse ensuite. Le malade salive abondamment et ne doit rien déglutir.

La cautérisation est le complément de l'ablation exécutée par n'importe quel procédé. La possibilité de détruire la racine d'un polype radicalement et avec simplicité permet de se préoccuper moins de l'enlever en totalité du premier coup, le caustique pouvant aisément produire une mortification plus profonde, si son application est prolongée. Du reste, la durée de la cautérisation peut être longue, sans danger pour le patient. Du côté du cerveau, rien à craindre, à moins que les sinus sphénoïdaux ne soient envahis et détruits en partie. Les nerfs et les vaisseaux sont trop éloignés sur les parties latérales ; quant aux lésions de la trompe d'Eustache, elles sont sans gravité. Les artères pharyngiennes supérieure et inférieure, qui apportent la nutrition à l'organe, ne sont point une préoccupation, à cause de leur petit calibre.

En résumé, la cautérisation est un progrès réel dans le traitement des polypes naso-pharyngiens ; et le chlorure de zinc possède des avantages sérieux sur les autres caustiques ; outre ceux dont j'ai déjà parlé, il a encore celui de pouvoir être employé avec efficacité sans opération préliminaire.

(*La fin prochainement.*)

---

## CHIMIE ET PHARMACIE.

---

### Chlorodyne : mixture calmante.

Depuis plusieurs années on vante beaucoup en Angleterre une spécialité pharmaceutique annoncée sous le nom de *chlorodyne*. Voici quelques détails fournis à l'*Union pharmaceutique* par le docteur Stanhouse.

Davenport, pharmacien de Londres, prétend avoir obtenu la formule de l'inventeur Collin Brownn, médecin attaché autrefois à l'état-major médical de l'armée, en sorte que les médecins la désignent toujours dans leurs prescriptions sous le nom de *chlorodyne du docteur Brownn*. Le propriétaire de cette spécialité assure que jamais personne n'a découvert sa formule ; celle qui suit

s'en rapproche le plus, d'après les analyses faites à ce sujet. La voici :

| | |
|---|---|
| Chloroforme | 30 grammes. |
| Ether sulfurique | 20 |
| Acide perchlorique | 30 |
| Teinture de *cannabis indica* | 20 |
| Mélasse | 200 |
| Teinture de capsicum | 30 |
| Morphine | 10 |
| Acide prussique médicinal (2 pour 100) | 10 |
| Huile essentielle de menthe poivrée | 50 |

Faites dissoudre la morphine dans l'acide perchlorique. — Ajoutez l'éther, le chloroforme, l'essence, les teintures et enfin la mélasse. — Bien agiter avant de s'en servir, le mélange se séparant toujours.

L'usage thérapeutique règle la dose du médicament, soit qu'on s'en serve comme antispasmodique, diaphorétique, anodin, stimulant, etc.

La chlorodyne (mot inventé pour l'occasion) possède toutes les propriétés médicales des diverses substances qui entrent dans sa composition.

Il est digne de remarque que la chlorodyne ne produit aucun des effets nuisibles de ces diverses matières, mais que le malade, au contraire, se trouve fortifié et soutenu par elle, et en sent même la nécessité. Elle active les sécrétions, ne contracte point la pupille, laisse la respiration libre et ne fait, comme suite de symptômes, éprouver aucun malaise de quelque nature que ce soit.

On prescrit généralement la chlorodyne, à la dose de 4 à 5 grammes, dans une potion composée de sirop simple ou mucilage de gomme, 30 grammes ; eau simple, 250 grammes. — Une cuillerée à bouche toutes les heures, ou, suivant le besoin, à des intervalles plus rapprochés.

---

### Emulsion purgative à l'huile de ricin.

Lorsqu'on veut administrer l'huile de ricin dans un liquide froid on l'émulsionne à l'aide d'un jaune d'œuf. Ce mode de préparation est accepté pour les lavements, mais il répugne pour les potions, aussi M. Lebchot propose de substituer le sirop d'orgeat au jaune d'œuf. Voici sa formule :

| | |
|---|---|
| Pr. Huile de ricin | 30 grammes. |
| Gomme arabique en poudre | 8 |
| Eau de menthe | 15 |
| Eau simple | 60 |
| Triturez et ajoutez : | |
| Sirop d'orgeat | 40 |

La potion ainsi préparée est prise sans dégoût par les malades.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

**Observation de péritonite générale arrivée à la période de refroidissement reel et de collapsus des forces; administration du rhum à l'intérieur, associé à l'opium. Amélioration rapide suivie de la guérison.**

Vous, cher confrère, qui admettez avant tout, comme source d'enseignement médical, les leçons fournies par la pratique, vous voudrez bien insérer dans votre recueil la relation d'un fait qui démontre une fois de plus qu'il ne faut avoir aucune doctrine fixe, et que le meilleur médecin est celui qui sait accommoder son traitement aux indications du moment. La note que je vous adresse a pour sujet un cas de péritonite très-grave, consécutive à une suite de couches, et atteignant rapidement la période de refroidissement réel, avec accélération extrême du pouls et collapsus des forces. Dans ce cas j'ai eu recours, dans une seule nuit, à quarante-cinq grammes de rhum, et en peu de temps j'ai été assez heureux pour obtenir une amélioration marquée, suivie de la guérison. A côté des maux innombrables que les passions des hommes s'attirent par suite des abus alcooliques, il faut reconnaître que les alcooliques sont souvent, entre les mains des médecins, un moyen thérapeutique utile; aussi votre estimable journal renferme plus d'une preuve clinique de cette vérité. Dernièrement encore, Leriche, Hérard et d'autres attiraient de nouveau l'attention sur l'emploi avantageux des alcooliques, comme moyen abortif des fièvres intermittentes; je n'oserais pas, bien entendu, imiter l'audace d'un praticien, M. Lubin, qui avait recours à l'injection d'une certaine quantité d'eau-de-vie dans la cavité utérine, pour guérir une amaurose hystérique, ni conseiller l'usage de l'eau-de-vie aux phthisiques, comme le veulent quelques-uns de nos confrères anglais, encouragés par cette anecdote que raconte Walshe, d'un monsieur qui, se sachant atteint d'une tuberculisation pulmonaire incurable, et voulant noyer son chagrin dans les plaisirs de l'alcoolisme, y trouva non-seulement la consolation et l'oubli de ses maux, mais même leur guérison absolue.

Voici le fait que j'ai observé; je vous le donne en quelques mots, le croyant à peine digne de figurer dans vos colonnes.

*Obs.* B*** (Amanda-Amélina), âgée de vingt ans, d'une bonne santé antérieure, menstruée à quatorze ans, voit ses règles à des époques régulières. Premier accouchement, il y a trois ans, à terme : la grossesse et les suites de couches furent parfaitement

normales. Un deuxième accouchement a eu lieu, il y a trois semaines, à terme : cette deuxième grossesse n'avait été marquée par aucun accident ; l'accouchement fut lui-même parfaitement normal. B*** quitta son lit cinq jours après l'accouchement ; elle ne souffrait nullement alors, et les lochies coulaient en rose.

Le 8 novembre 1862, début brusque d'un frisson violent avec douleurs hypogastriques vives et vomissements ; le deuxième jour il s'y joignit une diarrhée intense. Alitée dès le début. Ces accidents augmentant, B*** se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, et y fut admise le 11 novembre dans la journée, et placée au nº 39 de la salle II de ma division.

Dans l'après-midi de ce jour, elle était dans l'état suivant : face altérée, grippée, yeux caves. Pouls à 100, peu développé, peu fort. Vomissements presque continus, bilieux ; selles fréquentes et souvent involontaires ; météorisme, sensibilité du ventre très-marquée ; douleurs spontanées assez vives. (Eau de Seltz ; julep avec sirop diacode, 10 grammes, et eau de laurier-cerise, 2 grammes ; fomentations émollientes ; un quart de lavement avec douze gouttes de laudanum de Sydenham ; deux bouillons.)

12. Persistance des vomissements ; face plus grippée, pouls à 112. Pas de selles depuis la veille. On croit sentir l'utérus un peu au-dessus du pubis ; au toucher vaginal, le col est trouvé béant ; le corps volumineux et peu mobile.

13. Aggravation considérable, intelligence parfaite, mais altération très-marquée des traits ; yeux plus caves ; persistance des vomissements ; météorisme plus considérable, aucune distension des anses intestinales. Dyspnée. Pouls à 132, petit et faible. (Eau vineuse, eau de Seltz ; vésicatoire volant sur l'abdomen ; une pilule d'extrait gommeux d'opium de 0gr,05.)

Dans la journée, aggravation considérable ; face comme cadavérique ; sueur visqueuse froide ; pouls à peine sensible aux deux radiales, d'une fréquence telle, qu'il m'est impossible de le compter ; refroidissement manifeste de la peau de tout le corps. Le thermomètre à mercure, appliqué dans l'aisselle, indique une température de plus de 34 degrés centigrades, celle du lit étant au plus de 28 degrés centigrades. Suppression des urines. L'intelligence est encore assez bonne, mais la voix est très-faible, et l'on ne peut comprendre la malade qu'en approchant de très-près. (Potion de 80 grammes d'eau, additionnée de 45 grammes de rhum ; deux pilules d'extrait d'opium de 0gr,05 chaque, à prendre dans la nuit.)

14. Amélioration considérable de l'état général; face colorée; la chaleur est exagérée à la face comme aux membres; diminution des vomissements; pas de selles dans la nuit; la douleur abdominale est diminuée, mais le météorisme persiste. Pouls à 120. (Tisane vineuse; eau de Seltz; potion avec 20 grammes de rhum et sirop d'écorces d'oranges amères; deux bouillons.)

Du 15 au 18 novembre, l'amélioration est graduelle; le pouls descend de 120 à 96; il est assez large; les vomissements deviennent moins fréquents, aqueux, au lieu d'être bilieux; la chaleur de la peau est toujours au-dessus de l'état normal. Le météorisme est toujours très-marqué; les douleurs spontanées ont presque disparu, mais la pression est toujours très-douloureuse.

Du 20 novembre au 10 décembre, alternatives nombreuses d'amélioration et d'un peu d'aggravation, sans que jamais les accidents présentent le caractère de gravité signalé au début; les vomissements cessent à peine quelques heures, pour reparaître ensuite; ils consistent simplement en matières aqueuses ingérées. La diarrhée ne disparaît jamais longtemps, et la malade ne rend pas de selles solides. Le pouls varie de 96-80; il est large. (On continue jusqu'au 30 l'usage d'une potion avec 10 grammes de rhum; une pilule de 0,05 d'extrait thébaïque; 2 bouillons.)

A partir du 10 décembre jusqu'à la fin du mois, les vomissements cessent, et le ventre devient assez souple pour que l'on ne constate dans son intérieur aucune tumeur appréciable au toucher hypogastrique; les ligaments larges sont un peu épaissis, sans sensibilité morbide, sans aucune tumeur pelvienne appréciable.

Le 15 janvier 1863, B*** quitte l'Hôtel-Dieu, guérie; depuis une douzaine de jours, elle se promenait la plus grande partie du jour, n'éprouvant aucune douleur abdominale.

La maladie que je viens de décrire n'est pas une fièvre puerpérale, mais bien une péritonite provoquée sans doute par une légère phlegmasie, d'abord péri-utérine, et étendue rapidement à toute la séreuse péritonéale. Cette variété de phlegmasies n'a pas, à beaucoup près, la gravité de celles qui se développent dans la période puerpérale; cependant la gravité des accidents était très-grande et le danger imminent. Dans ce cas, l'amélioration a suivi si rapidement le traitement alcoolique, qu'il me semble impossible de se refuser à admettre une action thérapeutique avantageuse de cette médication. Le rhum a été associé à l'opium, suivant la pratique anglaise, et dans le but de modérer et la phlegmasie et la douleur,

et de modérer également l'action excitante de l'alcool. Réussira-t-on aussi bien dans un cas semblable avec le rhum seul? C'est ce que je n'oserais dire.

E. Leudet.

Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rouen.

---

**La substitution parenchymateuse et la méthode endorganique.**

Permettez-moi, je vous prie, de porter devant vos lecteurs ma réponse à la réclamation élevée dans votre estimable journal par M. le professeur Alquié, de Montpellier, au sujet de mon travail sur la *substitution parenchymateuse*. Examinons d'abord les publications et les faits auxquels M. Alquié nous renvoie. Ce n'est certainement pas l'observation relatée dans sa lettre de réclamation qui peut être invoquée comme un exemple de la médication que je mets en usage. Malgré les mots *injections modificatrices*, introduits dans le titre de l'observation, je ne vois là qu'une application fort ordinaire de la méthode des injections narcotiques; or il importe peu, dans cette sorte d'injections, que le médicament soit mis sous la peau ou qu'il soit poussé plus profondément.

Si nous nous reportons ensuite au mémoire de M. Alquié sur la *méthode endorganique* et à la thèse de M. Chaumery, qui n'en est que la reproduction fidèle, nous y trouverons réunis les faits les plus disparates. La méthode endorganique groupe violemment dans le même cadre les injections astringentes dans la vessie; les injections coagulantes dans les tumeurs vasculaires; les injections iodées dans les cavités séreuses, dans les fistules, dans les abcès; les injections narcotiques; les injections d'air; les instillations d'éther dans le conduit auditif externe; le lavement lui-même (thèse de M. Chaumery). Pourquoi n'y pas ajouter la méthode qui consiste à introduire les médicaments dans l'estomac et les vapeurs médicamenteuses dans les voies aériennes? — Si c'est là ce que veut M. Alquié, je conviens que la substitution parenchymateuse est tributaire de la méthode endorganique.

Mais elle est aussi, et surtout, tributaire de la médication irritante substitutive. Il suffira au lecteur de se reporter au mémoire que je publie en ce moment dans les *Archives générales de médecine*, pour comprendre que M. Alquié et moi nous marchons dans des voies tout à fait différentes. M. Alquié traite les névralgies, comme tout le monde, par les injections narcotiques; je les combats par des injections irritantes de nitrate d'argent, d'eau salée, etc. M. Alquié ne voit dans le goître que du sang à coaguler par le moyen du per-

chlorure de fer; je porte dans l'épaisseur de la tumeur son médicament spécifique, l'iode. Quant aux autres applications du même genre qui ont été faites par M. Alquié, elles ont sans doute donné des résultats négatifs, puisque ceux-ci n'ont pas été publiés ; elles ont d'ailleurs été conçues dans un esprit purement chirurgical, et nullement dans l'idée d'expérimenter une médication particulière, comme celle qui a fait l'objet de mes études.

Si j'avais traité la question au point de vue historique, je n'aurais pas manqué de citer le nom de M. Alquié ; mais j'aurais également mentionné Langenbeck et sa méthode iatraleptique ; M. Lafargue de Saint-Emilion et ses cylindres médicamenteux ; Pravaz, à cause de son ingénieux instrument, et tous ceux qui dans ces derniers temps ont imaginé et popularisé la méthode des injections narcotiques, car j'essayerais en vain de nier la liaison si évidente qui m'a conduit de ces injections calmantes aux injections irritantes et substitutives ; j'aurais encore parlé de ces chirurgiens qui vont, avec des substances caustiques, aviver le foyer d'une fracture qui ne se consolide pas ; de M. Girouard, qui attaque les tumeurs du sein par leur profondeur ; j'aurais montré Schwilgué aspirant à trouver le moyen de produire des phlegmons du tissu cellulaire, et enfin tous ces médecins physiologistes qui, après avoir localisé toutes les maladies, rêvaient une thérapeutique exclusivement topique.

Voilà à quoi se réduisent la plupart des réclamations de priorité. Il est bien rare que de nos jours on trouve une idée qui n'ait pas sa raison d'être dans le passé, et qui n'ait pas déjà été exploitée de mille manières différentes. Dans le cas présent, l'originalité ne pouvait guère consister que dans l'interprétation personnelle des principes qui président à l'emploi de la méthode, et je laisse au lecteur le soin de décider qui l'emporte, sous ce rapport, de la méthode endorganique ou de la substitution parenchymateuse.

Pour établir, au point de vue chronologique, ma part dans les tentatives du même genre qui auraient pu être faites, je dirai que mon premier essai date du mois de juin 1860. A cette époque je n'étais pas abonné au *Bulletin de Thérapeutique,* et je ne pouvais, par conséquent, avoir connaissance du travail de M. Alquié. Il s'agissait d'une jeune fille qui portait au cou un ganglion engorgé ; après avoir mis en usage un grand nombre de moyens généraux et locaux et avoir, par exemple, dilacéré le ganglion avec une aiguille à cataracte, le tout sans résultat, je me décidai à y injecter quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent ; je réussis alors, mais en

faisant suppurer le ganglion. Un peu plus tard, j'appliquai le même moyen au traitement des névralgies sciatiques, puis j'injectai de la teinture d'iode dans un goître, etc., etc.

Pardonnez-moi cette trop longue réponse. Il m'importait d'établir mes droits dans la question présente. Je vous serai bien reconnaissant de les consacrer en donnant à ma lettre la publicité du journal que vous dirigez si habilement.

A. Luton, D. M.
à Reims.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité de chirurgie d'armée*, par M. L. Legouest, médecin principal, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole impériale d'application de médecine militaire, membre de la Société de chirurgie, etc.

L'art de faire la guerre, en s'appropriant les grandes découvertes industrielles récentes, a éprouvé des modifications notables. La pratique de la chirurgie militaire en a ressenti naturellement l'influence: elle a dû se modifier aussi en plusieurs points et se livrer à de nouvelles études. En effet, la rapidité et la facilité plus grandes des marches et des transports, grâce à la vapeur; l'usage des armes de précision et à longue portée; la substitution des projectiles oblongs aux projectiles sphériques, etc., sont autant de conditions nouvelles dont il faut tenir compte aujourd'hui, soit dans le fonctionnement du service de santé, soit dans le traitement des blessures. Les progrès réalisés par l'art de guérir sont malheureusement loin d'être en rapport avec ceux apportés chaque jour aux moyens de destruction. Cependant, de grandes batailles comme celles qui ont été livrées en Crimée et en Italie ne devaient pas rester un champ d'observation stérile; aussi nos confrères de l'armée ont-ils puisé à cette source d'enseignement et d'expérience des matériaux nombreux et utiles, qu'ils ont consignés avec soin dans diverses publications. Dans son *Etude sur la chirurgie contemporaine* (*Archives de médecine* 1859), M. Legouest avait déjà entrepris de relier entre eux ces documents disséminés dans des travaux isolés, et de donner ainsi à ces faits leur véritable signification. Malgré toute la valeur de ce travail, un traité complet et didactique, résumant en données positives les résultats pratiques fournis par nos dernières guerres et ajoutant aux travaux de nos devanciers les matériaux acquis par nos contemporains, était nécessaire à l'époque actuelle. La nouvelle publication de M. Legouest est destinée à atteindre ce but. Peu de

chirurgiens étaient mieux autorisés et mieux placés pour remplir cette tâche. Chargé depuis plusieurs années du cours sur les blessures de guerre, à l'École impériale d'application de médecine militaire, M. le professeur Legouest a pris part à nos campagnes d'Afrique, d'Orient et d'Italie; il a vu et observé ce qu'il enseigne : son livre est donc en même temps le résumé substantiel des matières qu'il professe et de son expérience personnelle.

Son traité est divisé en deux parties : la première est affectée à l'histoire des blessures de guerre en général, la seconde à la description de ces mêmes lésions dans chaque région. Un chapitre préliminaire et tout à fait neuf est consacré à la description des armes de guerre, à l'étude des modifications apportées depuis 1842 à la forme, au poids, au volume des projectiles; à la comparaison des effets des projectiles nouveaux et des projectiles anciens, sous le rapport de leur vitesse et de leur force de pénétration; à l'indication des projectiles usités par les principales puissances de l'Europe. Nous signalerons, dans les chapitres concernant les blessures par armes piquantes et tranchantes, la manière nette et essentiellement pratique qui a présidé à leur rédaction, et la place importante donnée, avec juste raison, à l'étude et à l'appréciation des moyens hémostatiques. Au chapitre des blessures par armes à feu commence la partie véritablement fondamentale de l'ouvrage. Les effets des gros et des petits projectiles sur les différents tissus sont d'abord décrits avec tous les développements qu'exigent la fréquence, la variété infinie et la gravité de ces sortes de lésions. Certaines questions, restées indécises ou qui sont encore aujourd'hui l'objet de nombreuses dissidences, sont nettement abordées et résolues; telles sont : la différence d'action des balles rondes et des balles coniques, la forme et les dimensions des ouvertures d'entrée et de sortie faites par les projectiles, le mécanisme de la déviation et de la division des balles.

La règle de conduite à suivre dans le traitement des coups de feu, d'après leurs phénomènes primitifs, leur marche et leurs accidents, est établie par une série de préceptes qui sont tous de la plus grande importance. C'est là une des parties dans lesquelles on aperçoit le mieux la direction pratique donnée par l'auteur à ses descriptions. M. Legouest se range du côté de ceux qui font le débridement préventif, ce point de pratique encore si diversement interprété, et il s'appuie sur des motifs d'une valeur réelle, sans doute, mais qui ne porteront peut-être pas la conviction dans tous les esprits. Au traitement des hémorrhagies consécutives après les

coups de feu se rattachent un certain nombre de questions importantes, qui demandaient une étude particulière. Des considérations longuement exposées par l'auteur il résulte qu'il faut recourir à la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie toutes les fois qu'elle est possible, et qu'il est prudent d'y procéder sur-le-champ, sans attendre, pour se décider, une seconde ou une troisième récidive de l'hémorrhagie.

Les blessures de la tête sont traitées avec beaucoup de développements. De nombreuses figures représentent les exemples les plus variés de fractures du crâne. Le trépan, si fort négligé de nos jours, a été le sujet d'une étude spéciale ; nous regrettons que l'espace nous manque pour citer les indications que l'auteur lui reconnaît. On verrait qu'elles ne tendent à rien moins, si elles étaient toutes mises en pratique, qu'à relever, dans une juste mesure, une opération tombée dans un profond discrédit. Les blessures de la face ont exigé une description fort longue, dont les détails cependant sont à peine suffisants pour indiquer les variétés nombreuses de lésions qu'on observe dans cette région où se trouvent accumulés des organes importants. L'exposé des blessures de l'œil, de la fracture des mâchoires, et celui des désordres particuliers qui résultent des tentatives de suicide, attireront surtout l'attention. Les plaies du cou ne nous offrent guère que des faits connus ; le passage relatif aux hémorrhagies fournies par les gros vaisseaux renferme toutefois des considérations d'un certain intérêt. Tout ce qui concerne les plaies de la poitrine et de l'abdomen est le sujet d'une description étendue et complète, qui sera certainement consultée avec fruit. Nous nous permettons cependant une petite remarque, à propos du traitement des lésions du tube digestif par les coups de feu. L'auteur nous semble admettre un peu trop facilement la possibilité et même l'utilité d'aller à la recherche de la portion d'intestin blessé. C'est là une pratique dont on conçoit les avantages dans quelques cas particuliers, mais qui n'a guère été suivie depuis les essais de Baudens, parce que l'efficacité en est trop souvent rendue douteuse par la multiplicité des désordres dans les organes viscéraux.

La description des fractures du bassin, des plaies de la vessie et des organes génitaux contient quelques faits nouveaux. Le chapitre suivant, consacré à l'étude des blessures des articulations et des fractures des membres, est certainement un des plus importants de l'ouvrage. Les phénomènes primitifs et consécutifs des fractures sont décrits avec soin d'après leur marche et leur terminaison, et de nombreuses figures donnent un spécimen des variétés de lésions que

les projectiles produisent dans le tissu osseux. Les règles du traitement sont tracées avec des détails minutieux : premiers soins ; extraction des esquilles libres et adhérentes, ainsi que des corps étrangers ; appareils provisoires et définitifs ; moyens de transport, etc., tout est discuté et présenté dans le sens le plus pratique et d'une manière véritablement utile. M. Legouest assigne aux amputations des indications de deux genres : 1° générales, 2° spéciales.

Ces dernières sont appréciées pour chaque membre et chaque section de membre. Pour la cuisse, par exemple, M. Legouest démontre, à l'aide des relevés recueillis soit aux Invalides, soit après la guerre de Crimée, que le traitement des fractures du fémur par la conservation du membre a donné *cinq* fois plus de guérisons que l'amputation de la cuisse pour une lésion traumatique quelconque du membre inférieur. Les résultats généraux des amputations sont énoncés d'après des chiffres véritablement imposants. C'est en ajoutant aux relevés dressés par MM. Malgaigne et U. Trélat ceux qui ont été recueillis par M. Chenu après la guerre de Crimée, que M. Legouest a établi ses tableaux statistiques, les plus considérables qui aient encore été publiés. Ces documents permettent de juger comparativement et d'un coup d'œil les résultats des amputations médiates et immédiates dans chaque section de membre. Il ressort de ce travail des remarques fort instructives sur la valeur de certaines opérations. La même méthode a été suivie dans le chapitre des résections. Leurs indications et contre-indications sont établies d'une manière générale et appliquées ensuite à chaque région en particulier. Des relevés statistiques donnent également la proportion des succès et des revers pour chaque opération de résection articulaire. Mais ces appréciations portent sur des chiffres peu élevés, insuffisants, par conséquent, pour fixer définitivement la valeur de cette méthode thérapeutique, au moins en ce qui regarde un certain nombre d'articulations.

L'histoire des blessures de guerre se termine par la description du tétanos, de l'infection purulente et de la pourriture d'hôpital, redoutables complications que l'on voit surgir infailliblement après chaque bataille. Ces affections y sont présentées de manière à faire ressortir surtout leur gravité et les difficultés qu'elles opposent à la thérapeutique. Aussi les divers moyens de traitement essayés dans ces derniers temps sont-ils mentionnés avec détails. Mais on regrettera peut-être de ne pas trouver dans cet article une discussion un peu plus étendue sur la nature et les conditions de développement et de propagation de ces états morbides spéciaux. Sans doute que

l'auteur, fidèle au cadre qu'il s'était imposé, a voulu avant tout rester praticien. Les suites éloignées des blessures ne pouvaient être négligées dans un traité complet sur la matière : elles font le sujet d'un chapitre complémentaire, où l'étude des cicatrices est envisagée dans les différents tissus et dans chaque région. Les difformités consécutives aux grandes mutilations de la face ont fourni l'occasion d'un paragraphe fort intéressant, où sont bien appréciées les ressources offertes par les procédés d'autoplastie et les moyens de prothèse. Le dernier chapitre s'adresse exclusivement aux chirurgiens de l'armée. Il est relatif à l'organisation et au fonctionnement du service de santé en campagne. Après l'énumération des ressources matérielles mises à la disposition des ambulances, l'auteur s'occupe de régler les soins à apporter aux blessés immédiatement sur le champ de bataille, indique les meilleurs moyens de les secourir utilement, de les relever, de les transporter, de les évacuer, etc.; et il propose à cet égard quelques améliorations dans cette branche du service administratif. Il lui semble nécessaire, par exemple, de rétablir l'institution des brancardiers autrefois créée par Percy. Enfin les devoirs des médecins militaires dans toutes les circonstances où ils peuvent se trouver, en campagne, pendant les marches, les retraites, les siéges, dans les ambulances volantes ou sédentaires, dans les évacuations, etc., sont tracés avec la précision que l'expérience seule peut atteindre.

Le traité de M. Legouest, on le voit, est un exposé substantiel de nos connaissances actuelles sur les blessures de guerre, dans lequel chaque description est la source de déductions pratiques et de préceptes toujours aussi nettement formulés que possible. Nécessaire aux médecins militaires, il sera souvent consulté avec avantage par les praticiens qui ont à s'occuper d'accidents de chasse, et qui trouveront dans les articles sur les hémorrhagies primitives et consécutives, les fractures des membres, les amputations, les résections, etc., des documents nouveaux et importants, dont on devra tenir compte dorénavant dans l'histoire de cette partie de la chirurgie.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Des difficultés de l'enlèvement de la canule a la suite de la trachéotomie chez les enfants. — Nouvelle canule destinée a y remédier. — Lorsque la trachéotomie a été pratiquée chez un en-

fant atteint de croup ; lorsque, grâce à elle, l'imminence de l'asphyxie a été conjurée et qu'en un mot l'opération s'est accomplie avec ses suites et ses résultats immédiats les plus heureux, tout n'est pas encore terminé : un moment véritablement critique reste à traverser, celui où il s'agit, où il est même urgent de débarrasser le petit malade de la canule qui, après avoir été si salutaire, peut devenir à son tour la source de nouveaux et parfois de graves accidents. Notre intention n'est point d'aborder l'étude ni des difficultés en elles-mêmes de l'enlèvement de la canule, ni de leurs causes, dont la plupart d'ailleurs sont demeurées jusqu'ici impénétrables. Nous voulons seulement appeler l'attention, dans le but d'un intérêt pratique, sur un moyen nouveau imaginé par M. Laborde, interne à l'hôpital des Enfants, pour combattre ces difficultés.

Ce moyen consiste en une modification très-simple de la double canule ordinaire : la canule externe, au lieu d'avoir ses dimensions en longueur habituelles, est réduite à une longueur de 30 millimètres, chiffre un peu supérieur à la valeur moyenne de la distance qu'il y a entre la surface cutanée de la région antérieure du cou et la trachée artère chez les enfants de un à six ou huit ans ; elle constitue de la sorte un tube très-court A (fig. 1), ayant cependant une longueur suffisante pour pénétrer dans la plaie trachéale, et même pour s'y enfoncer d'au moins 2 millimètres.

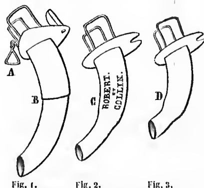


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

La canule interne, au lieu d'être unique, est triple, c'est-à-dire constituée par trois tubes isolés et de dimensions progressivement décroissantes en longueur et en diamètre : B, C, D. Le premier tube, que nous désignerons par le numéro 1, est de dimensions en tout pareilles à celles des canules ordinaires ; les deux autres, numéros 2 et 3, présentent une diminution progressive d'environ 1 centimètre chacun, et en même temps une diminution proportionnelle de leur *volume* dans la portion qui déborde le tube externe et qui doit s'engager dans la trachée.

Il résulte de ces dispositions que, grâce aux tubes internes de dimensions décroissantes, l'on peut : 1° arriver graduellement à dépos-

séder l'enfant d'un moyen artificiel de respiration auquel il est déjà habitué, et dont la privation brusque et immédiate n'est certainement pas sans inconvénient et même sans danger; 2° prévenir les difficultés et les accidents qui s'attachent à l'appréhension, quelquefois extrême, et aux émotions du petit malade, toutes les fois que l'on essaye d'enlever la canule; 3° éviter la nécessité d'un débridement et presque d'une opération nouvelle, lorsque, par suite d'un enlèvement momentané de la canule, la rétraction cicatricielle de la plaie s'oppose à sa réintroduction, rendue urgente par un accès subit de suffocation.

Les deux faits suivants paraissent témoigner de l'efficacité, à ces divers points de vue, de la nouvelle canule imaginée par M. Laborde, et très-intelligemment construite par MM. Robert et Colin.

*Obs. I.* — Le 17 août 1863 a été opéré du croup le nommé Guénault (Auguste), âgé de quatre ans et demi, couché salle Saint-Jean, n° 38 (service de M. Bouvier). Les suites de l'opération ont été des plus simples, et trois jours après l'enlèvement de la canule pouvait être tenté. L'enfant s'en est passé pendant quelques heures.

Le même essai étant renouvelé le lendemain, un résultat tout contraire se produit : la canule, à peine retirée, le petit malade est pris d'un terrible accès de suffocation. Cet incident se réitère tous les jours pendant un mois et demi, c'est-à-dire que chaque tentative d'enlèvement de la canule est immédiatement suivie d'une imminence d'asphyxie. L'enfant, d'ailleurs, en est arrivé à redouter tellement ces tentatives, qu'il voit dans toute approche d'une personne du service, et surtout des médecins, une intention de les renouveler : il entre alors dans une véritable petite fureur, qui devient son système habituel de défense, et force est de s'abstenir, car les accès d'émotion suffisent à eux seuls pour produire la suffocation, en dehors même de toute autre cause, qu'ils aggravent, d'un autre côté, en s'y ajoutant.

Cependant le 4 octobre au matin, profitant des bonnes dispositions apparentes du petit malade, on enlève la canule : pour la première fois il demeure calme et la respiration s'accomplit bien. La journée se passe ainsi sans le moindre accident, et il était permis d'espérer que le but si difficilement poursuivi était enfin atteint, lorsque, vers neuf heures du soir, un accès de suffocation se déclare. Devenue urgente, la réintroduction d'une canule, même de plus petite dimension, est impossible, à cause du rétrécissement acquis depuis le matin par la plaie cutanée.

Malgré un débridement assez considérable de celle-ci, opéré par

l'interne de garde, l'on ne parvint qu'à grand'peine à introduire une canule du plus petit diamètre. Une hémorrhagie abondante eut lieu et contribua pour une grande part à ces difficultés. Le lendemain matin l'enfant était faible, il avait de la fièvre et l'on constatait, de plus, un gonflement considérable du cou, avec emphysème et rougeur érysipélateuse de la peau.

Ces accidents se dissipèrent néanmoins, mais un mouvement fébrile persistait, qui compromettait singulièrement les forces du malade; la plaie était blafarde et il était toujours impossible d'enlever la canule.

C'est dans ces circonstances que M. Laborde imagina la canule que nous avons décrite. Un premier essai fait sur cet enfant, en employant successivement les diverses longueurs, put amener la conviction, qu'il s'agissait d'acquérir avant tout, que la nouvelle canule ne changeait en aucune façon les conditions dans lesquelles se trouvait l'enfant avec la canule ordinaire, c'est-à-dire que la respiration s'accomplissait aussi bien et sans la moindre gêne. Voulant néanmoins surveiller attentivement lui-même son application, M. Laborde effectua définitivement celle-ci le jour de sa garde à l'hôpital. Il arriva rapidement à ne laisser en place que la canule interne de plus petite dimension. Puis, vers huit heures du soir, et pendant que l'enfant dormait, celle-ci fut enlevée. Il ne restait plus alors que le tube externe, lequel, à la faveur du relâchement des liens, ne tarda pas à sortir, comme de lui-même, de la plaie trachéale.

La nuit se passa ainsi sans accident. Le lendemain matin l'enfant était en réalité sans canule, bien que le tube externe demeurât appendu à son cou. Il n'a pas été remis de canule, et l'enfant est sorti guéri quelques jours après.

*Obs. II.* — Le nommé Levraut (Jean), âgé de quatre ans, entrait le 11 novembre 1862 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, nº 28 (service de M. Bouvier), pour un croup primitif arrivé à la période asphyxique. Devenue urgente, la trachéotomie fut pratiquée par M. Ferrand, interne du service.

Malgré le degré très-avancé de l'asphyxie et un affaiblissement extrême, auquel n'avait pas peu contribué, sans doute, l'administration intempestive, par un médecin de la ville, du tartre stibié à la dose de 0gr,25 par jour, le petit opéré allait si bien le troisième jour, que l'on crut pouvoir tenter l'enlèvement de la canule; mais l'enfant fut immédiatement pris d'un accès de suffocation. L'on introduisit alors la canule ci-dessus décrite, avec le tube interne de première longueur, ou longueur habituelle. L'introduction fut des plus

faciles, et pas le moindre accident, pas la moindre gêne ne se manifestèrent.

Au bout de quelques minutes, le tube interne fût enlevé et remplacé par celui de la deuxième longueur ou longueur intermédiaire. Ce changement n'amena aucune modification dans l'état du petit malade : il continua à bien respirer et à jouer sur son lit.

Le soir, par prudence et pour passer la nuit, la sœur du service crut devoir remettre en place une canule ordinaire.

Le lendemain matin (14 novembre), cette dernière étant enlevée, l'enfant est encore menacé de suffocation. La nouvelle canule est réintroduite avec le tube interne de deuxième longueur ou intermédiaire, puis, au bout de quelques minutes, l'enfant étant très-bien, on met en place le plus petit tube interne. Le malade passe ainsi la journée dans le meilleur état possible. Le soir, toujours en prévision de la nuit, on remet le tube interne numéro 2.

Le 15. La nuit a été excellente. Le tube interne est enlevé, et la canule externe reste seule en place, sans que le moindre accident se produise. Après un quart d'heure environ, les liens de la canule sont desserrés, de façon à permettre à celle-ci de sortir pour ainsi dire d'elle-même de la plaie trachéale, ce qui se réalisa presque immédiatement. L'enfant continue à jouer et à très-bien respirer, bien que, sans s'en douter, il n'ait plus de canule ; celle-ci n'est attenante qu'à la plaie externe.

Après une heure et demie environ de cette situation, il se manifeste un peu de gêne dans la respiration : il est facile de constater que cette gêne tient à une accumulation de mucosités au niveau de la plaie trachéale, lesquelles ne peuvent être facilement rejetées, à cause de la présence, dans la plaie cutanée, du tube externe. Celui-ci, en effet, étant desserré davantage, les mucosités sont facilement expectorées et le calme de la respiration se rétablit. Toujours par mesure de prudence, la canule est remise, pour la nuit, avec le numéro 3, ou le plus court tube interne.

Le 16. Le tube externe est seul laissé et les cordons sont desserrés. Il ne tarde pas à être rejeté hors de la plaie trachéale. Il est complétement enlevé à la visite du soir. L'enfant est très-bien. La canule n'a pas été remise. L'enfant est sorti guéri.

Comme on le voit par la première de ces observations, il a suffi d'une nuit pour atteindre, sans accident, le but vainement poursuivi depuis près de deux mois à travers les difficultés et un danger toujours imminent.

Sans vouloir chercher à expliquer un pareil résultat, nous pen-

sons qu'une grande part dans celui-ci doit être attribuée à l'espèce de supercherie réalisée, à l'égard du petit malade, à l'aide du tube externe. Ce dernier, en effet, restant seul en place, sort facilement et de lui-même de la plaie trachéale, et, dès ce moment, l'enfant, sans qu'il puisse s'en douter, est, en réalité, sans canule. D'un autre côté, le tube externe laissé en permanence s'oppose à la rétraction cicatricielle habituellement si rapide de la plaie cutanée; et ainsi se trouvent conjurées les difficultés de la réintroduction de la canule, si elle devient nécessaire.

Mais ce ne sont pas là les seules indications auxquelles réponde cette canule : elle est, de plus, apte à prévenir, par le changement fréquent des tubes internes de diverses longueurs, l'une des conditions les plus favorables à la production des ulcérations de la trachée, savoir : le contact prolongé de la canule avec les mêmes points de la muqueuse de cet organe.

Enfin, grâce à la diminution progressivement décroissante des tubes internes, elle peut permettre la cicatrisation graduelle de la plaie de la trachée, indépendamment de la cicatrisation de la plaie externe, en même temps que l'accomplissement partiel de la respiration par le larynx. Elle réalise par là le desideratum exprimé par notre savant collaborateur, M. le docteur Delore, qui a fait et publié récemment de très-intéressantes recherches sur ce sujet [1].

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

### REVUE DES JOURNAUX.

**Bons effets du bromure d'ammonium dans le traitement de la coqueluche.** Il y a déjà longtemps que nous connaissons, grâce à l'excellente thèse de M. le docteur Huette, la propriété qu'ont les médicaments bromurés d'exercer une action anesthésique sur les membranes de rapport, sur les muqueuses surtout, et plus spécialement sur celle de l'arrière-bouche, de la gorge et du larynx. De cette propriété, constatée également en Angleterre, par le docteur Gibb, dans un sel de cette classe non encore employé en France, croyons-nous, le bromure d'ammonium, M. le docteur Harley a induit la possibilité d'employer utilement cet agent dans la coqueluche. Partant de cette idée que la cause excitante des phénomènes caractéristiques de cette maladie réside dans une irritation réflexe des branches des pneumogastriques, puisque, de quelque point que parte cette irritation, elle a pour résultat immédiat un état convulsif de toutes les parties innervées par ces nerfs, étant donné d'ailleurs que les quintes ont pour avant-coureur des sensations particulières un chatouillement dans la gorge, notre confrère a pensé qu'en anesthésiant la muqueuse pharyngo-laryngée au moyen du bromure d'ammonium, on pourrait obtenir une action favorable sur l'affection en question, et arriver à

[1] *De l'opération du croup et de ses suites chez les très-jeunes enfants*; brochure. — Paris, Savy, 1865.

une guérison plus rapide que par les autres moyens mis en usage jusqu'ici.

Le docteur Harley a expérimenté ce médicament dans un certain nombre de cas, et dans tous il a vu se produire des effets qui paraissent très-avantageux. Cinq de ces cas ont été rapportés avec quelques détails et ont donné les résultats suivants : Fille de dix-huit mois, ayant la toux quinteuse depuis quinze jours ; 5 grains de bromure d'ammonium donnés dans de l'eau, trois fois par jour ; amélioration au bout de trois jours ; cessation des quintes en dix jours. — Fille de quatre ans, ayant la toux convulsive depuis sept semaines ; 6 grains administrés de la même manière ; amélioration notable au bout de trois jours ; non revue. — Garçon de quatre ans ; quintes depuis quatre jours ; 6 grains ; cessation des quintes le quatrième jour. — Garçon de deux ans ; quintes depuis six jours ; 1 grain seulement, afin de voir l'effet des petites doses ; cessation de la toux quinteuse au bout de vingt-cinq jours. — Enfant de trois ans ; quintes depuis cinq jours ; 3 grains ; toux de coqueluche disparue le quatorzième jour. On voit par l'analyse de ces cas que l'action du bromure d'ammonium a été moins efficace par les doses faibles que par les doses plus élevées, mais en somme très-avantageuse, puisqu'il y a eu une très-rapide amélioration et une guérison bien plus prompte que par tout autre traitement. Il convient de remarquer que par guérison il ne faut entendre que celle de la toux convulsive ; qu'il reste à la suite encore de la toux, mais simplement catarrhale, n'exigeant plus d'autres moyens que ceux qu'on oppose à un rhume ordinaire.

Le docteur Gibb, le même dont il a été question ci-dessus, a traité de son côté par le bromure d'ammonium, à Westminster Hospital, un assez grand nombre de jeunes sujets atteints de coqueluche, tant en 1862 que dans la présente année. Les résultats qu'il a obtenus dans dix cas que nous avons sous les yeux, ont été également avantageux. La dose est de 2 ou 3 grains, trois fois par jour, chez les jeunes enfants, et chez ceux plus âgés de 4 à 8, et même 10 dans les cas les plus intenses ; le véhicule le plus simple est le meilleur, l'eau le plus souvent, ou bien une mixture avec l'ipécacuanha. Comme M. Harley, M. Gibb a noté que l'agent qui nous occupe semble agir plutôt sur l'élément nerveux et spasmodique que sur l'élément catarrhal de l'affection, lequel cède ensuite facilement à un traitement approprié. (*Lancet*, sept. 1863.)

---

**Attaques épileptiformes, liées à la présence de vers intestinaux, guéries par l'oléandrine, principe actif du laurier-cerise.** Bien qu'il ne soit pas possible de tirer une conclusion définitive de l'essai suivant, il mérite cependant d'être porté à la connaissance des praticiens, d'autant qu'il s'agit d'une des maladies les plus inaccessibles à la thérapeutique, et contre laquelle l'on ne saurait trop chercher des armes. Auteur d'un travail estimé sur les propriétés chimiques et toxicologiques des alcaloïdes du laurier-cerise, M. J. Lukomski (de l'Institut forestier, à Saint-Pétersbourg) a eu récemment l'occasion d'essayer l'un de ces alcaloïdes, l'*oléandrine*, principe actif du *nerium oleander*, dans les circonstances suivantes. Une jeune fille de onze à douze ans était sujette, depuis deux ans, à des accès épileptiformes, qui s'étaient déclarés à la suite d'une frayeur. Habituellement complets (chute, renversement de la tête en arrière, frissons, écume à la bouche, convulsions avec roideur musculaire, stupeur et sommeil consécutifs), les accès se bornaient quelquefois à un vertige de quelques secondes, mais toujours avec perte de connaissance. Au moment où elle fut examinée, la petite malade éprouvait des accès très-forts et se répétant jusqu'à deux fois par jour. Ayant été amené à penser que les convulsions étaient attribuables à la présence de vers intestinaux, M. Lukomski prescrivit tout d'abord, et à trois reprises différentes, une suffisante dose de semen-contra, avec accompagnement rapproché de sulfate de soude. Il y eut toutes les fois évacuation d'une assez grande quantité d'oxyures et d'ascarides lombricoïdes. Les attaques avaient diminué de fréquence et d'intensité. Une dernière administration de semen-contra n'amena point de vers, et quatre jours se passèrent sans attaque. Il y avait lieu de croire à une guérison ; mais le cinquième jour survenait un nouvel accès, et deux jours après, deux attaques dans la même journée. C'est alors que M. Lukomski eut l'idée d'administrer l'oléandrine, après expérimentation préalable faite sur lui-même. Il donna d'abord *une goutte* d'une solution faite avec 1 centigramme d'o-

léandrine dans 400 gouttes d'alcool. Ce jour-là il n'y eut pas d'accès. Le lendemain, la malade en prit 2 gouttes le matin, et autant le soir avant de se coucher. Vers le milieu du jour, vertige de quinze secondes. Même médicatiun les jours suivants; point d'accès. La dose fut alors progressivement diminuée et réduite à 1 goutte le matin, 1 le soir; puis, pendant trois jours consécutifs, une seule goutte le soir. Les accès ne revenant pas, on se borna à 1 goutte par semaine. On cessa complétement après trois semaines. Cinq mois s'étaient écoulés depuis la dernière attaque. Bien que la petite malade n'ait pas été revue, un pareil résultat mérite d'être signalé, ne fût-ce que pour appeler l'attention et provoquer de nouveaux essais. A supposer même que l'épilepsie fût, en réalité, dans ce cas, symptomatique de l'affection vermineuse (et tout tend à le prouver), il resterait l'espoir de trouver, en cette nouvelle substance, les qualités d'un puissant vermicide. Mais il est bon de savoir, en tout cas, que cet agent est un poison très-violent, plus violent même que la strychnine, et qu'il doit être en conséquence employé avec une prudence extrême. (*Gaz. des hôp.*, sept. 1863.)

**Perforation de la membrane du tympan pratiquée avec succès dans un cas de surdité.** On peut être consulté par un malade atteint d'une surdité consécutive à un épaississement de la membrane du tympan. Prescrire d'abord les moyens locaux et généraux habituellement mis en usage, telle doit être la conduite du médecin. Mais s'ils échouent, et si dans ce cas l'on a constaté que la cophose n'est pas la conséquence d'une paralysie du nerf auditif, n'est-on pas autorisé à pratiquer la perforation tympanique? Des faits assez nombreux ont déjà répondu affirmativement à cette question, et c'est là une méthode bien connue; mais il n'est pas sans utilité de la rappeler par des exemples; et le suivant, dû au docteur Philipeaux, de Lyon, prouve de la manière la plus évidente tout le parti avantageux que l'on peut tirer, dans de tels cas, de l'application d'une pareille thérapeutique chirurgicale.

M. V***, âgé de vingt ans, vint consulter notre confrère en juin dernier. Il était sourd des deux oreilles, mais surtout de la droite, qui était tellement frappée de cophose que les battements de la montre appliquée sur le pavillon ne pouvaient être perçus. Cette maladie, suite d'une inflammation du tympan, remontait à deux années, pendant lesquelles un grand nombre de moyens, tant internes qu'externes, avaient été mis en usage, mais en vain. Le fond de la gorge était tout à fait sain, et les trompes d'Eustache parfaitement perméables, ainsi que le prouvait la sensation perçue par le malade dans les deux caisses, lorsque, fermant la bouche et les narines, il expirait fortement. Muqueuse du conduit auditif externe sèche, sans cérumen; tympan opaque, avec injection vasculaire au niveau de sa circonférence; insensibilité de cette membrane non-seulement à l'impression des ondes sonores, mais même à l'excitatiun mécanique au moyen d'un stylet. D'un autre côté, perception du tic-tac de la montre placée sur les tempes et les apophyses mastoïdes, c'est-à-dire état d'intégrité du nerf auditif; M. Philipeaux proposa en conséquence la perforation tympanique. L'oreille droite, la plus malade, étant placée sous un rayon de soleil, qui l'éclaira très-bien, l'opération fut faite le 16 juin, à l'aide d'un petit trocart. L'ouverture pratiquée à la partie inféro-postérieure du tympan fut agrandie immédiatement en agitant l'instrument en tous sens, puis au moyen d'une sonde en gomme élastique de quatre millimètres de diamètre. La montre placée aussitôt sur le pavillon, les battements en furent très-bien entendus. Le lendemain le tic-tac fut perçu à une distance de dix centimètres. Les jours suivants le chirurgien continua la dilatation à l'aide de bougies en gomme élastique; mais il fut obligé de suspendre quelques jours ces manœuvres, à cause d'une inflammation, dont triomphèrent des injections détersives et calmantes. Le 26 le cathétérisme fut repris, et finalement un morceau d'éponge préparée, laissé en place quatre à cinq heures, maintint l'ouverture suffisamment dilatée. L'ouïe est allée en s'améliorant, et la surdité a disparu, au point que l'opéré entend maintenant la montre à une distance de trente centimètres du pavillon, et est en état de suivre une conversation ordinaire à voix basse. (*Gaz. méd. de Lyon*, sept. 1863.)

**Emploi de la digitale contre l'aliénation mentale.** Après avoir usé pendant un an et demi, sur

vingt ou trente sujets, de la teinture de digitale, M. Robertson a d'abord constaté que, dans la manie aiguë récente, elle déprime le pouls, cause des nausées, mais ne procure qu'un soulagement momentané, limité au temps durant lequel persévèrent les effets toxiques.

Il n'en est pas de même pour l'excitation maniaque qui s'observe pendant le second degré de la paralysie générale. Ici la digitale agit presque comme spécifique, à titre de sédatif. Elle permet aux malades de passer dans un calme complet cette période de leur maladie, durant laquelle ils donnent, par le spectacle de leur turbulence incoercible, tant de tourments et d'angoisses à ceux qui les entourent et qui sont chargés de les surveiller.

Il est remarquable que, dans ce cas, tout l'effet du remède se borne à produire du calme, sans que les fonctions organiques en ressentent la moindre perturbation. L'estomac est épargné, l'appétit semble même s'accroître, le pouls subit à peine un peu de dépression. Mais, si l'on veut obtenir de cette médication ses pleins effets, il ne faut pas l'interrompre un seul jour, tant que le résultat définitif n'est pas atteint.

M. Robertson l'a encore trouvée efficace dans la manie chronique avec des goûts destructifs, et dans la manie compliquée de phthisie, forme qui s'observe assez fréquemment dans les asiles d'aliénés.

Quant aux doses, « de peur d'une enquête judiciaire, » dit M. Robertson, je n'ai jamais porté la quantité quotidienne de la teinture de digitale jusqu'à 15 grammes, ainsi qu'on l'a conseillé. A ce degré, elle serait toxique. Il en donne seulement 2 grammes deux ou trois fois par jour; et, au bout de deux ou trois semaines, cette médication apporte un apaisement complet et définitif à l'excitation cérébrale. (*British med. jour.*, et *Gaz. méd. de Lyon*, novembre 1863.)

**De la vaccination contre la miliaire.** Le docteur Ginanneschi raconte qu'après avoir, pendant neuf années, vu la miliaire guérir presque toujours et avec facilité, il a, depuis six ans, observé un changement des plus fâcheux dans la gravité de cette maladie, qui, dans la même localité, est devenue à peu près constamment mortelle. Ni la force de la fièvre, ni les phénomènes connexes, ni la rareté, ni la profusion des sueurs, ne rendent compte de cette aggravation. En fait, elle est portée si loin qu'en peu d'heures, parfois en moins d'une heure, l'état du malade se transforme et la mort a lieu, sans qu'on ait observé d'autre signe précurseur de ce changement que la décoloration presque instantanée de l'urine, déjà signalée par Allioni.

Témoin de ces dangers, et n'ayant pu les conjurer par aucune des médications ordinaires, M. Ginanneschi a, depuis quatre ans, imaginé de vacciner les sujets qui sont atteints de la miliaire. Il en a ainsi sauvé dix sur douze. Les deux qui ont succombé n'avaient subi l'insertion du virus vaccin, l'un qu'au huitième jour de la maladie, l'autre que trois heures avant sa mort.

Ce n'est pas assez, sans doute, de dix guérisons pour juger l'efficacité d'un moyen prophylactique dans une maladie qui souvent se termine spontanément par le retour à la santé. Mais il ne faut pas oublier que, pendant le même espace de temps et dans le même pays où l'auteur a éprouvé l'heureux effet de la vaccination, les autres malades, au nombre de quarante-cinq, et qui furent traités par les méthodes ordinaires, périrent presque tous. (*Imparziale*, et *Gaz. méd. de Lyon*, novembre 1863.)

**Du peu de valeur de l'examen des urines comme signe diagnostique et pronostique de la fièvre typhoïde.** Des recherches intéressantes faites par MM. Primancra et Prudente (de Naples) sur les urines dans la fièvre typhoïde, il semblerait résulter : 1° que l'absence complète de chlorures est un signe pathognomonique de cette maladie; 2° que, pendant la période d'état, on constate également une diminution très-considérable de phosphates et d'urates; 3° que la première tendance à une amélioration est indiquée par une augmentation rapide et très-sensible des phosphates; 4° que l'augmentation des urates annonce une seconde phase dans l'amélioration; 5° qu'enfin la réapparition des chlorures, quoique assez tardive, assure définitivement la guérison des malades.— Nul doute que si ces conclusions venaient à être confirmées, elle ne fussent d'une grande utilité pratique; mais elles sont formellement démenties dans leur exactitude par un auteur très-autorisé en

ces matières, M. le docteur Chalvet. Rien, dit-il, n'est moins exact que ces prétendus signes pathognomoniques. — Selon M. Chalvet, l'absence de chlorures ne peut être un signe pathognomonique d'une espèce morbide quelconque, car il l'a constatée également dans plusieurs cas de fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde et dans le choléra. — La disparition des chlorures n'est même pas, ainsi que l'avait tout d'abord pensé M. Chalvet, un signe absolu de malignité, car il a vu mourir des typhysés chez qui la moyenne des chlorures de l'urine a été, pendant toute la période d'état, la moyenne physiologique (comme 20 est à 45); tandis qu'il en a vu guérir dont les urines présentaient à peine des traces de ces mêmes chlorures. — Il en est de même de la diminution des phosphates et des urates, laquelle existe dans un grand nombre de maladies aiguës, et ne saurait, en conséquence, appartenir, comme phénomène caractéristique, à la fièvre typhoïde. — Tant que la fièvre est intense et que le malade est à la diète, le chiffre de l'urée augmente et celui des urates diminue en proportion inverse; la diminution ou la cessation de la fièvre, ou une alimentation convenable amènent un abaissement du chiffre de l'urée et, partant, l'augmentation des urates; c'est ce qui a lieu au déclin de toute maladie fébrile autre que la fièvre typhoïde. Pour apprécier sainement la signification de ces changements dans les éléments des liquides organiques, il faut donc tenir grand compte des fluctuations de la diététique. — Quant aux phosphates, leurs variations sont plus particulièrement liées aux troubles apportés dans les phénomènes intimes des réactions organiques; mais, comme ces troubles s'observent dans les espèces morbides les plus dissemblables, le chiffre des phosphates ne pourra jamais être regardé comme un signe pathognomonique. — Ces quelques remarques, qui ne sont que le prélude d'un travail beaucoup plus étendu de M. Chalvet, avaient besoin d'être opposées à des assertions qui, laissées sous contrôle, sont de nature à engendrer la déception dans des esprits trop confiants; c'est pourquoi nous nous sommes empressés de les reproduire. (*Gaz. des hôpit.*, octobre 1863.)

**Nouveau cas de réunion d'un orteil presque complétement séparé.** Encore un fait à ajouter à ceux, nombreux déjà, qu'ont enregistrés les archives de la science, et en particulier notre journal, et qui doivent encourager les médecins à tenter la réunion dans les cas analogues, surtout s'il reste un lambeau cutané, si peu considérable qu'il soit.

Le docteur Richard W. Day fut témoin de l'accident arrivé, en juillet dernier, à un jeune ouvrier qui, maniant une hache d'une main novice, se frappa le pied de cet instrument. La chaussure était coupée, et lorsqu'elle eut été enlevée, on trouva le second orteil qui, rencontré obliquement par la hache, avait été littéralement amputé dans l'articulation; il ne tenait plus à la plante du pied que par un très-mince lambeau purement cutané, sans la moindre fibre musculaire. C'était, dit l'auteur, le cas de mettre à l'épreuve la puissance de la chirurgie conservatrice. Immédiatement notre confrère rapprocha les parties divisées, les réunit par deux points de suture latéraux, et, plaçant une attelle sous la région plantaire, assujettit les orteils de manière à prévenir tout déplacement par contraction musculaire; aucune autre application qu'un cataplasme renouvelé matin et soir. Pendant les huit premiers jours, l'état de l'orteil donnait lieu de craindre que la circulation ne pût s'y rétablir; il était livide, froid, insensible; mais le neuvième, un léger fourmillement que sentit le blessé vint encourager à la persévérance, d'autant que cette sensation, persistant les jours suivants, témoignait du retour manifeste de la vitalité. Au bout de cinq semaines, la réunion était complète. (*Dublin Quart. journ. of med. sc.*, août 1863.)

**Des injections locales de strychnine dans le traitement de la paralysie du nerf facial.** Encouragé par le succès des injections d'atropine dans le traitement des névralgies, M. Courty a eu l'idée d'essayer les injections de strychnine sur divers troncs nerveux et même le long de l'axe médullaire, dans les cas de paralysie.

Dans la plupart des paralysies, surtout des paralysies chroniques, les injections de strychnine sont demeurées impuissantes. Elles ont réussi :

1° Dans un cas de paraplégie datant du près d'un an chez une femme de quarante-cinq ans, ayant résisté à plusieurs traitements, et guérie par l'action de quelques injections de strychnine au niveau de l'extrémité inférieure de la moelle épinière;

2º Dans trois cas de paralysie du nerf facial récents et observés chez un homme de cinquante-six ans, une dame de vingt-cinq ans et une jeune fille de vingt-deux ans. Dans les trois cas, la maladie a été prise dès le début; la solution de strychnine a été employée au 100e et au 70e.

Quelques gouttes (de huit à seize) ont été injectées sur le trajet du nerf facial, entre sa sortie par le trou stylo-mastoïdien et son passage sur le col du condyle du maxillaire inférieur. L'injection a été répétée tous les deux ou trois jours. Trois injections au moins, six au plus, ont suffi pour dissiper entièrement, dans l'espace de dix à quinze jours, toute trace de paralysie dans tous les muscles de la face. Chez les trois malades, la guérison ne s'est pas démentie. (*Acad. de méd.*, octobre 1863.)

## VARIÉTÉS.

### RESTAURATION MÉCANIQUE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE (1).

La mort du malade de M. Nélaton ne permit pas à M. Préterre de soumettre son modèle au contrôle de l'expérimentation clinique ; mais d'autres occasions ne devaient pas tarder à lui être fournies. Dans la séance du 31 juillet 1862, M. Legouest présentait à la Société de chirurgie la moitié gauche d'un maxillaire inférieur affecté d'un kyste dentaire qu'il avait enlevé à un malade de son service. Dès que ce militaire fut guéri de son opération, M. Legouest le livra à notre habile dentiste, qui modifia un peu son premier modèle. Voici le fait :

*Obs.* Vauvillers (François-Anastase), homme fort et robuste, âgé de vingt-neuf ans, maréchal des logis au 3e régiment de chasseurs à cheval, reçoit, le 13 octobre 1861, un coup de pied de cheval sur la partie latérale gauche de l'os maxillaire inférieur. La contusion paraît d'abord peu importante et n'exige aucun traitement; cependant, au bout de peu de jours, de violentes douleurs se manifestent et prennent bientôt un tel développement que le malade se voit, le 1er décembre, obligé d'entrer à l'hôpital. Le siége de la douleur était alors une petite tumeur, grosse comme un pois, très-dure, développée sur la surface externe de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, au niveau de la racine de la première grosse molaire et paraissant faire corps avec la substance de l'os. Après dix jours de traitement, les douleurs ayant complétement disparu, Vauvillers sortit de l'hôpital; cependant la tumeur, loin de se dissiper, continua d'augmenter de volume, et se développa surtout dans le sens de son diamètre antéro-postérieur. Les téguments extérieurs restaient sains et mobiles; mais les fonctions de la mâchoire devenaient difficiles et cessèrent d'être possibles; à la date du 12 février 1862 la tumeur avait acquis le volume d'une grosse amande, et occasionnait des douleurs on ne peut plus violentes.

Rentré à l'hôpital, Vauvillers subit divers traitements sans amélioration aucune; on en vint donc à lui proposer une opération sanglante pour le débarrasser de sa tumeur, que l'on qualifiait d'ostéosarcome; il s'y refusa et fut évacué sur l'hôpital du Val-de-Grâce, en juillet 1862.

Lors de son entrée dans le service de M. Legouest, le mal avait encore fait de grands progrès; la tumeur présentait le volume et la forme d'un gros œuf de poule; elle occupait toute la branche gauche du maxillaire inférieur et faisait une égale saillie sur les deux faces de l'os; les téguments étaient rouges, durs, enflammés et largement tuméfiés; les dents correspondantes vacillaient,

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 382.

et l'on voyait au niveau du collet de la première grosse molaire suinter alternativement du sang et du pus extrêmement fétide. Les douleurs étaient devenues tellement violentes que le patient ne pouvait plus dormir et réclama avec instance l'opération précédemment refusée.

Le 29 juillet 1862 celle-ci fut pratiquée; M. Legouest enleva toute la portion d'os comprise entre la base de l'apophyse coronoïde du côté gauche et la première grosse molaire du côté droit. Les suites de l'opération furent très-heureuses; la réaction à peine marquée; en moins de vingt jours les plaies s'étaient cicatrisées; à la fin d'août Vauvillers quittait l'hôpital.

Mais chez cet homme l'alimentation était restée difficile, la mastication impossible, la prononciation et la sputation défectueuses; c'est dans cet état qu'il fut adressé à M. Préterre.

Les gravures ci-dessous (fig. 32, 33 et 34) donnent une idée de l'état des parties et des appareils destinés à en rétablir les fonctions.

Le malade, muni de ses pièces prothétiques, a été présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 28 janvier dernier. Nous avons pris soin de mettre en relief l'artifice ingénieux employé par M. Préterre pour repousser la portion restante du maxillaire inférieur et faire correspondre les deux arcades dentaires. Le prolongement de la base de la mâchoire artificielle, en forme d'aile, qui vient prendre son point d'appui sur la branche montante du maxil-

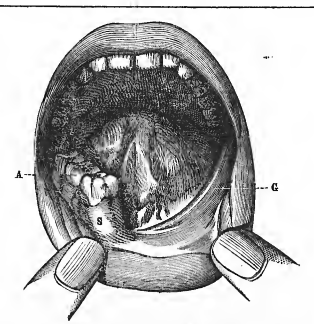



Fig. 32. — Ablation partielle du maxillaire inférieur.

S, portion restante de la branche droite, avec les trois dents molaires conservées, A.

G, arc fibreux sur lequel repose la base de l'appareil.

laire, lui a permis de se passer dans ce cas de l'usage des coins qui figurent dans le modèle créé pour le malade de M. Nélaton.

Les services que ce malade doit retirer de l'emploi de la plaque métallique destinée à prévenir la déformation de la voûte palatine, et surtout la déviation des arcades dentaires, ont été mis en doute par plusieurs de nos collègues. Ils ont fait remarquer, avec juste raison, toutes les dissemblances qu'il y a entre le traumatisme et ses suites, lorsqu'il est produit par les projectiles de guerre, qui entraînent de vastes mutilations, régularisées consécutivement par le chirurgien, ou lorsqu'il est déterminé par l'ablation d'une tumeur de la mâchoire inférieure, avec conservation des téguments et intégrité du maxillaire supérieur. — Que la voûte palatine se soit déformée dans les cas observés par Larrey, Ribes, Hutin, cela se comprend et ne veut pas dire qu'il en soit de même à la suite des opérations nécessitées par les lésions organiques du maxillaire inférieur. L'absence de déformation de la voûte palatine et des arcades

C, base de l'appareil supportant l'arcade dentaire artificielle.

AA, lames métalliques embrassant la couronne des dents conservées.

O, extrémité en forme de spatule élargie, venant prendre son point d'appui sur la branche montante gauche du maxillaire. C'est un moyen d'une extrême simplicité, qui a pour but de repousser la partie droite du maxillaire A S (fig. 32), qui tendait à se renverser en dedans; il rétablit ainsi ses rapports normaux avec l'arcade dentaire supérieure.

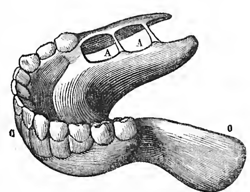


Fig. 33. — Appareil de la mâchoire inférieure.

L'ensemble des deux appareils est fort léger ; ils s'enlèvent et se replacent avec la plus grande facilité. Par leur emploi, la mastication est tout à fait rétablie, la parole est aussi intelligible qu'avant l'accident, le malade ne perd plus sa salive, enfin, la physionomie de l'opéré n'a plus rien qui puisse faire soupçonner la grave mutilation qu'il a subie.

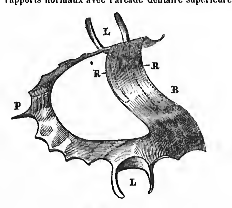


Fig. 34. — Appareil métallique contentif destiné à prévenir la déformation de l'arcade dentaire supérieure.

dentaires, que nous avions constatée sur plusieurs malades qui depuis de longues années avaient subi une ablation partielle du maxillaire inférieur, nous avait fait donner à Vauvillers le conseil d'essayer de ne pas porter pendant quelque temps sa plaque palatine. Cet homme s'y est refusé parce que, nous a-t-il dit, l'expérience avait prononcé : chaque fois qu'il enlevait sa plaque le soir, il éprouvait le lendemain une grande difficulté à la remettre en place; aussi de lui-même il avait renoncé à la retirer.

Cette question ne peut être tranchée que par les faits; il faut enregistrer ceux qui se produisent et attendre qu'ils soient assez nombreux pour en déduire une conclusion.

---

*Association générale des médecins de France.*

Pour la cinquième fois depuis sa fondation, l'Association générale des médecins de la France a tenu sa séance solennelle dimanche 1er novembre, au lieu ordinaire de ses réunions. A deux heures se trouvaient rassemblés dans le vaste amphithéâtre de l'Assistance publique la majorité des médecins les plus éminents dont la France s'honore à Paris et dans les départements; car c'est un des priviléges de cette grande institution professionnelle de compter à sa tête, partout où elle fonctionne, les sommités du corps médical par le savoir, la position et l'honorabilité; ce qui contribue tant à lui donner le prestige, l'autorité et le succès dont elle jouit.

Le président, M. Rayer, entouré, comme d'habitude, des vice-présidents, des membres du conseil général et de nombreux délégués des départements, a ouvert la séance par un discours d'une forme élégante et élevée. Il a signalé les progrès annuels de l'Œuvre et payé un juste tribut d'hommages à ses bienfaiteurs. Nourri de nobles et généreuses pensées sur l'égalité professionnelle, la mutualité confraternelle, la répression du charlatanisme et de l'exercice illégal, ce discours a été interrompu par de vifs applaudissements, qui ont redoublé surtout lorsque, parlant du projet de caisse de retraites, dont l'initiative est due au docteur Brun, trésorier de la société centrale, M. le président a dit : « Ce n'est pas à la plupart d'entre nous, déjà vieux, que cette précieuse institution doit profiter ; c'est un legs de l'Association pour nos successeurs. »

M. Legouest, secrétaire de la Société centrale, a été appelé ensuite à lire son rapport annuel. Il en résulte que 29 sociétaires nouveaux seulement sont venus grossir dans l'année le chiffre de 647 membres existant en 1862; ce qui s'explique par le nombre croissant des sociétés locales, et aussi par l'existence de l'Association des médecins du département de la Seine.

Ses recettes ont été de 10,276 francs, et ses dépenses en emploi de fonds et secours de 5,996 fr. 10 c. Reliquat : 4,279 fr. 90 c., qui, ajoutés à l'avoir disponible de 1862, forment un total de 24,788 fr. 86 c. à l'avoir particulier de la Société. Une somme de 800 francs a été donnée en outre par MM. Roger, Larrey et Gallard, pour être affectée spécialement à la caisse des retraites.

Cet exposé fait, M. Am. Latour, secrétaire général de l'Association, a pris la parole. Il a commencé par où d'autres finissent, l'hommage pieux aux morts. 73 membres ont succombé dans l'année, soit environ 12 sur 1,000, et notamment trois présidents : MM. Rougier (de Lyon), Lafont (de Nantes), et Michelin (de Provins), dont les mérites ont été rappelés par l'organe même de leurs panégyristes. 62 avaient de trente à soixante ans seulement ; les autres étaient au-dessus de cet âge. Voici les nouvelles acquisitions qui compensent ces pertes et témoignent des progrès croissants de l'Association : 11 nouvelles

sociétés locales en élèvent aujourd'hui le nombre à 90, s'étendant sur 73 départements et deux colonies, et donnant un total de 5,746 membres, 713 de plus que l'année dernière, dont l'augmentation n'avait été que de 654. Le tableau suivant montre d'ailleurs mieux que tous les raisonnements sa progression continue :

| | | |
|---|---|---|
| 1re année : | 1,557 | membres. |
| 2e — | 3,108 | — |
| 3e — | 4,316 | — |
| 4e — | 5,033 | — |
| 5e — | 5,746 | — |

Quant aux 90 sociétés existantes, 13 seulement ont vu diminuer le nombre de leurs membres, ordinairement par la mort ; 35 sont restées stationnaires, et 42 en ont vu élever le chiffre. De telle sorte que plus du tiers des médecins français font aujourd'hui partie de l'Association, et que 16 départements seulement n'ont pas encore de société agrégée.

L'état pécuniaire n'est pas moins prospère. La recette totale a été de 107,499 fr. 96 c., dont 7,076 francs en dons et legs; laquelle somme, après le prélèvement de 40,186 fr. 57 c. en dépenses, emplois de fonds et 10,391 francs de secours entre 20 sociétés locales, laisse un avoir disponible de 274,941 fr. 86 c.

Quelques personnes trouveront peut-être ce chiffre de secours bien minime ; mais c'est surtout par ses secours moraux et professionnels, l'aide confraternelle, que l'Association s'affirme. Un membre succombe dans le département de Seine-et-Marne et laisse sa famille sans ressources. Son fils, qui se prépare à l'Ecole polytechnique, concourt et est reçu dans un bon rang, mais sa mère ne peut payer ni la bourse ni le trousseau. Informé de ce fait intéressant par la société locale, M. Rayer s'emploie instantanément en faveur de son pupille, et peut annoncer dès le lendemain à la pauvre mère qu'une bourse est accordée à son fils. Ce simple exemple n'est-il pas bien plus éloquent que de gros chiffres, comme les applaudissements de l'assemblée émue l'ont affirmé ? Les conciliations de médecins entre eux, et de ceux-ci avec les familles, à propos de contestations d'honoraires ou de procès en responsabilité, comme le rapporteur en a cité plusieurs cas, ne témoignent-ils pas aussi bien et mieux de sa puissance et de son efficacité ?

M. Latour a montré ensuite que les sociétés locales n'étaient pas restées inactives devant les manœuvres du charlatanisme et l'exercice illégal. 547 jours de prison, 5,200 francs d'amende et 1,225 francs de dommages-intérêts sont le résultat des condamnations obtenues. Elles eussent été bien plus considérables si partout les tribunaux, secondant le zèle des médecins à cet égard, eussent toujours sévi. Malheureusement, ils s'y refusent dans plusieurs départements, notamment celui de la Gironde. Erreur déplorable, aussi préjudiciable à la santé et aux intérêts des populations qu'à celui du trésor public.

Des faits d'exercice illégal de la part des membres du clergé et de congrégations religieuses ont aussi été signalés et déférés à l'autorité épiscopale diocésaine, et une répression efficace s'en est suivie dans le Doubs, l'Aisne et ailleurs. Tous les évêques ne comprennent pas, malheureusement, non plus, comme les magistrats, leurs devoirs aussi scrupuleusement. Il suffit de signaler certains faits pour les stigmatiser. Tel celui de ce bureau de bienfaisance dans l'Aisne, qui, pour éviter d'en rémunérer le service médical, mit celui-ci en adjudication au rabais, sur la mise à prix de 180 francs pour l'année, y compris la fourni-

ture des médicaments. Moyen ingénieux d'en obtenir une grande partie gratis; mais se trouvera-t-il un confrère assez indigne de ce nom pour accepter de telles conditions?

C'est en déroulant ainsi tous les actes généraux et particuliers des sociétés locales, en exposant leurs besoins et leurs vœux dans un style à la fois simple, élevé et pathétique, que M. Latour a ému, intéressé, instruit et charmé son auditoire, une heure et demie durant, par sa parole douce, persuasive, entraînante, montrant une fois de plus à ses collègues combien il sera difficile, sinon impossible, de le remplacer. Son éloquente péroraison en a surtout fourni la preuve. Reliant l'Association aux traditions de la médecine grecque, au serment d'Hippocrate, il a montré par des comparaisons ingénieuses, admirables et touchantes, qu'elle ne faisait que réaliser ce beau programme, qu'il a donné pour modèle et pour sanction à l'œuvre. Cette grande et belle pensée est digne du fondateur de l'Association, et il en a trouvé la récompense dans les applaudissements prolongés qui ont couvert sa voix en terminant.

Un comité secret a succédé immédiatement à cette belle séance publique, et la journée s'est terminée par un banquet confraternel au Grand-Hôtel du boulevard des Capucines. Là plus de deux cents médecins de Paris se réunissaient dès sept heures, pour recevoir et fêter dignement les délégués des départements. Des toasts nombreux ont été portés aux bienfaiteurs de l'œuvre, aux présidents et délégués, etc., etc. La fête n'a fini qu'à une heure très-avancée; on retardait le plus possible le moment de se séparer.

---

Le ministre de l'instruction publique vient de déclarer la vacance de la chaire d'accouchements; les candidats sont en conséquence invités à produire les titres qu'ils ont à faire valoir.

---

La Faculté de médecine a voté sur l'ordre de présentation des candidats à la chaire d'histoire naturelle médicale; elle place en première ligne M. Baillon; en seconde M. de Seynes. M. Martins avait décliné l'honneur d'être présenté pour occuper cette chaire à la Faculté de Paris.

---

La Société médico-pratique décernera en 1866 un prix de 300 francs au meilleur mémoire de médecine pratique sur une question de pathologie ayant trait à la grossesse ou à l'obstétrique proprement dite, dont le choix est laissé à la volonté des concurrents (ictère, vomissements incoercibles, saignée dans la grossesse, dystocie, accouchement prématuré artificiel : hémorrhagies, mort subite, opération césarienne, accouchement forcé *post mortem*, etc., etc.). La Société demande des travaux originaux, encore inédits, appuyés sur de bonnes et solides observations, et précédés d'un exposé succinct de l'état de la science sur le sujet traité. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco*, suivant les formes académiques usitées, à M. le secrétaire général, le docteur Perrin, 9, rue Charlot, ou à l'agent de la Société, M. Martin, à l'hôtel de ville, avant le 31 décembre 1865.

---

Sont nommés dans la Légion d'honneur : *Officier :* M. Benoît, pharmacien-major au corps expéditionnaire du Mexique; — *Chevalier :* M. Morel, médecin-major.

---

M. Houzé de L'Aulnoy, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de Lille, est nommé professeur de physiologie (chaire nouvelle). — M. Joire, professeur adjoint, est nommé professeur titulaire d'anatomie (chaire nouvelle). — M. Dhuicque, professeur suppléant, est chargé de la chaire d'histoire naturelle médicale.

---

M. Wilm, licencié ès sciences, préparateur de chimie à l'École de Mulhouse, est appelé à remplir les mêmes fonctions à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Perrot, démissionnaire.

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Du traitement des névralgies (1).

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Nous avons passé en revue les divers narcotiques qui peuvent être employés extérieurement pour combattre les névralgies. L'usage interne de ces mêmes agents rend encore d'incontestables services. Les solanées vireuses données à l'intérieur sous des formes diverses, les opiacés administrés seuls ou associés aux premières, ont toujours été et seront toujours de puissants remèdes à opposer aux névralgies. C'est ici que la patiente et intelligente administration du remède rendra des services sur lesquels il n'était presque pas possible de compter. Les doses sont aussi une condition capitale, et il est impossible de les indiquer d'une manière précise; elles varient suivant l'intensité, suivant la durée du mal, suivant la manière dont chaque organisation reçoit et supporte l'action du remède. Mais, en général, il ne faut pas craindre de tenir le malade sous la domination du médicament, domination manifestée par l'apparition des phénomènes physiologiques qui appartiennent à chacun des agents thérapeutiques.

Le chloroforme, l'éther, en tant qu'agents anesthésiques rendent encore, dans le traitement des névralgies, des services bien signalés. J'ai dit ailleurs (2) ce que l'on obtient par les inhalations de chloroforme dans les coliques hépatiques et néphrétiques, alors même que des calculs sont engagés dans les conduits excréteurs. Je pourrais rappeler une femme qui avait des calculs dans les vésicules biliaires, et dont les douleurs étaient immédiatement calmées, lors même que le paroxysme était dans sa plus grande violence ; la même femme, qui, sous l'influence de la même cause, avait une névralgie intercostale fort douloureuse, éprouvait un soulagement immédiat lorsque l'ivresse chloroformique commençait. Je puis citer également l'histoire d'un jeune garçon de Poissy, atteint de gravelle, et qui était pris souvent de douleurs néphrétiques horribles lorsque le calcul, gros et polypiforme, essayait de s'engager dans l'uretère. Les souffrances, si vives qu'elles fussent, étaient calmées en un instant par l'inspiration du chloroforme, et ce calme permettait de placer le malade le siége en haut, et de pétrir la région du rein, de manière à

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 385.

(2) *Clinique médicale*, t. I, et *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIII, p. 155.

forcer le calcul à se replacer dans le bassinet, et, de cette façon, on mettait fin à l'attaque.

L'inspiration du chloroforme, dans ce cas, devait être faite jusque-là que le sommeil eût lieu; mais lorsqu'il s'agit de calmer seulement les coliques néphrétiques ou hépatiques, il suffit de produire cette demi-ivresse que l'on produit chez les femmes en mal d'enfant.

Je n'ai pas besoin de dire qu'il n'en faut pas davantage pour calmer les douleurs névralgiques; et, quoique l'action enivrante du chloroforme ou de l'éther soit fort transitoire, l'effet stupéfiant se continue pendant un temps assez long, et il n'est pas rare de voir les douleurs névralgiques céder, ou tout au moins devenir très-supportables durant une demi-heure, une heure même. Il arrive encore assez communément que l'accès est nettement supprimé par l'agent anesthésique; cela s'observe surtout dans les névralgies à forme paroxystique.

Lorsque l'on croit devoir employer le chloroforme ou l'éther en inhalations pour calmer les douleurs névralgiques, il n'est pas besoin d'appareils, il n'est pas besoin même de verser le chloroforme dans un mouchoir roulé en cornet; il suffit de la main, suivant le procédé que j'ai indiqué en parlant des coliques hépatiques. Le malade ferme la main de telle manière que le petit doigt soit tout à fait fléchi dans la paume et que les autres doigts soient fléchis un peu moins et forment ainsi, par leur réunion, une espèce de cône dont l'ouverture répond au pouce et à l'index. Les doigts pourtant restent un peu séparés les uns des autres, de manière à permettre à l'air d'y pénétrer aisément. On verse alors dans la main, ainsi disposée, de 10 à 20 gouttes de chloroforme ou d'éther, que le malade inspire profondément, bruyamment, par la bouche. Une seule inspiration bien faite suffit pour produire un étourdissement assez fort quelquefois pour faire tomber le malade, s'il était debout à ce moment; et plusieurs fois, dans le cours de la visite, plusieurs d'entre nos élèves, essayant ce procédé si simple, ont été forcés de s'asseoir pendant une ou deux minutes, tant était vive l'impression produite par une seule inspiration faite suivant le mode que je viens d'indiquer. L'inhalation peut être répétée une ou deux fois coup sur coup, et aussi souvent que le réclame le retour de la douleur.

Il va sans dire que le chloroforme ou l'éther, inspirés ainsi, ne le sont nécessairement qu'à une dose très-limitée, qui ne peut jamais causer d'accidents.

Parmi les médicaments internes qui rendent souvent de bien grands services dans le traitement des névralgies, il faut placer le

sulfate de quinine. Il va de soi, et j'aurai soin de revenir sur ce point important, que, lorsque la névralgie s'est développée sous l'influence du miasme palustre, les préparations de quinine viennent à bout des manifestations névralgiques, comme de toutes les autres manifestations de l'intoxication spécifique; mais le sulfate de quinine agit puissamment, lors même que la névralgie n'est nullement sous la dépendance de l'infection miasmatique. Il agit au même titre peut-être que dans le rhumatisme, que dans la goutte, et cela est d'autant plus probable, que la névralgie est bien souvent l'expression de la diathèse rhumatismale ou goutteuse. Mais, quand nous donnons le sulfate de quinine dans ce cas, il faut, en général, dépasser les doses que nous administrons ordinairement dans les fièvres intermittentes; d'un autre côté, ces fortes doses devront être continuées plus longtemps.

Ce que je viens de dire du sulfate de quinine, je le dirai pour l'iodure de potassium, qui guérit certaines névralgies qui, très-évidemment, n'ont rien à voir avec la syphilis.

L'huile essentielle de térébenthine a, depuis longtemps, été préconisée dans le traitement des névralgies; et chez nous, Récamier et Martinet ont insisté sur les avantages que l'on peut retirer de l'usage interne de cet agent thérapeutique.

Toutefois une chose s'opposait à la vulgarisation de ce remède : je veux parler du détestable goût de la térébenthine. Après quelques jours, les malades éprouvaient un invincible dégoût et ils y renonçaient. Il y avait encore un autre inconvéniont assez grave : l'essence de térébenthine, en traversant le gosier et l'œsophage, irritait la membrane muqueuse, et cette irritation était portée assez loin pour provoquer de vives douleurs et des vomissements. L'action irritante du médicament s'étendait aussi sur l'estomac, et le mode d'administration du remède venait augmenter encore les inconvénients. On en évitait une partie, en faisant absorber le remède par la membrane muqueuse du rectum, et ce moyen était particulièrement conseillé dans le traitement des névralgios sciatiques; mais, d'une part, la surface d'absorption était bien insuffisante, d'autre part le rectum était facilement intolérant, et il fallait renoncer à un moyen si souvent utile.

Tous les inconvénients sont évités aujourd'hui. On capsulo l'essence de térébenthine, et par conséquent le remède arrive dans l'estomac sans avoir offensé lo goût, sans avoir porté sur le pharynx et sur l'œsophage son action irritante; d'un autre côté, j'ai insisté sur une précaution qui fait ordinairement fort bien tolérer la téré-

benthine, aussi bien d'ailleurs que beaucoup d'autres médicaments ; je le fais prendre pendant le repas. Je ne saurais assez dire quelle importance pratique s'attache à ne pas mettre en contact avec la membrane muqueuse *nue* les remèdes irritants que l'on doit confier à l'estomac. Le fer, le sulfate de quinine, l'arsenic, l'iode, le mercure et tant d'autres agents thérapeutiques doués de propriétés irritantes, ne peuvent, le plus souvent, être ingérés sans dommage, par cette seule raison qu'ils sont donnés dans l'intervalle des repas ; administrés pendant le repas, ils n'exercent sur la membrane muqueuse stomacale aucune action irritante, et leur puissance spécifique n'en est nullement modifiée.

Aussi je prescris invariablement l'essence de térébenthine en capsules, j'insiste chaque jour auprès de la religieuse de la salle pour que ces capsules soient données pendant le repas, et je puis constater la facilité avec laquelle les malades supportent de hautes doses de térébenthine. Il n'y a pas de jour que, dans le service de la clinique, l'essence ne soit administrée à haute dose, et il arrive bien rarement que des accidents de quelque valeur me forcent à en interrompre l'emploi.

Les capsules de Lehuby, que nous employons ordinairement dans les hôpitaux de Paris, contiennent de 8 à 10 gouttes d'huile essentielle. Nous donnons, à deux des repas, quatre, cinq, six de ces capsules, ce qui suppose, chaque jour, de 100 à 120 gouttes. Cette dose, qui peut être doublée et triplée sans inconvénients, suffit ordinairement.

Je continue la térébenthine six ou huit jours de suite ; j'en suspends l'usage pendant quatre ou cinq jours et je recommence, et ainsi pendant plusieurs semaines.

Pour être juste, il faut dire que, si l'huile essentielle de térébenthine est un bon remède dans le traitement des névralgies, elle échoue pourtant au moins dans la moitié des cas. Ce n'en est pas moins un agent thérapeutique précieux et dont les praticiens auraient grand tort de se priver.

Mes élèves m'ont vu plusieurs fois, et tout récemment chez une femme couchée au n° 29 *bis* de la salle Saint-Bernard, donner ce médicament dans un cas où il existait en même temps une névralgie violente du trifacial et des nerfs de l'estomac. Ils ont vu la névralgie faciale disparaître la première, et celle de l'estomac cesser quelques jours plus tard. Certes, pour quelques-uns d'entre eux, ce devait être une chose étrange que d'administrer l'essence de térébenthine à haute dose lorsque l'estomac semblait être si malade. Mais, en y réfléchissant un instant, il est facile de comprendre que

la névralgie des plexus qui se distribuent à l'estomac n'implique pas l'idée d'une inflammation de la membrane muqueuse, et qu'il n'y a pas plus de raison pour craindre de donner, dans ce cas, l'essence de térébenthine, que dans les névralgies hépatiques ou intercostales. Toujours est-il, et c'est là un fait que je ne me charge pas d'expliquer, toujours est-il, dis-je, que la névralgie stomacale est ordinairement plus facilement et plus sûrement vaincue par la térébenthine que les autres névralgies.

Les applications irritantes jouent, dans le traitement des névralgies, un rôle très-important, moins important néanmoins que ne le croient la plupart des médecins. Depuis Cotugno, qui, dans le traitement de la sciatique, vantait avec tant de confiance l'application des vésicatoires sur les trois points d'élection, fesses, tête du péroné, malléole externe, jusqu'à Valleix, qui a fait des vésicatoires une sorte de panacée, les médecins ont à l'envi multiplié les vésicatoires dans le traitement des névralgies; et, en vérité, je crois que cette médication n'a dû sa faveur qu'à la facilité extrême de son emploi, car je ne puis ici accepter les éloges exagérés dont elle est l'objet depuis un siècle.

Lorsque les névralgies sont récentes et qu'elles semblent liées au vice rhumatismal, les applications irritantes sur la peau suffisent souvent pour les faire disparaître. Il suffit même, dans quelques cas, d'une friction avec la teinture d'iode, d'une application de moutarde, d'huile de croton, de pommade ammoniacale. Mais quand la névralgie est chronique, lorsqu'on peut raisonnablement l'attribuer à quelque diathèse telle que les diathèses goutteuse, hépatique, chlorotique, palustre, syphilitique, l'amélioration momentanée que donne l'application des agents irritants disparaît en peu de jours, en peu d'heures quelquefois. Cependant, en proportionnant l'activité de la révulsion à la chronicité, à la violence de la névralgie, on arrive quelquefois à des résultats qu'une médication plus molle n'aurait pas atteints; c'est ainsi que les moxas, les cautères volants rendent d'incontestables services.

J'ai souvent raconté dans mon cours, alors que j'étais professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, que le bourreau de Lyon avait naguère la réputation de guérir la sciatique. Il enveloppait tout le membre inférieur dans un immense emplâtre de poix de Bourgogne, et l'éruption eczémateuse, qui ne tardait pas à se manifester sur toute la peau, depuis le haut jusqu'au bas du pied, agissait avec une puissance que les médications moins énergiques n'avaient pu atteindre.

On m'a vu, depuis quelques années, essayer dans notre hôpital un instrument que son auteur, homme étranger à notre art, avait appelé le *réveilleur*. Il consiste en une espèce de tige terminée par une multitude de petites pointes d'acier qui ne peuvent pénétrer à plus de 1 millimètre. A cette tige est fixé un ressort à boudin qui permet de la pousser contre la peau avec une extrême vivacité et une grande violence. Il en résulte une acupuncture multiple et très-superficielle. La peau est alors enduite d'huile essentielle de moutarde dissoute dans un peu d'huile d'olive, et bientôt il survient localement une vive irritation continue, plus profonde, plus douloureuse que celle qui est ordinairement produite par la moutarde.

Cette médication a été surtout employée dans le traitement des rhumatismes ; mais il faut reconnaître qu'elle n'est pas sans utilité quand il faut combattre les névralgies (1).

La méthode que je viens d'indiquer a quelque chose qui rappelle l'acupuncture, et l'on a pu voir nombre de fois, dans les salles de la clinique, quels services nous avons tirés de ce dernier moyen. Nous pratiquons habituellement l'acupuncture avec des aiguilles d'acier que nous détrempons en les faisant rougir à la flamme d'une bougie. La tête de chaque aiguille est armée d'une petite boule de cire à cacheter, et nous enfonçons une ou plusieurs aiguilles dans les parties douloureuses, ne faisant rien pour éviter les cordons nerveux. Les aiguilles restent en place pendant dix minutes et même une heure, et l'application est renouvelée deux ou trois fois par jour, pendant plusieurs jours, et quelques jours encore par delà le moment où la douleur a disparu.

L'*électro-puncture*, un peu plus douloureuse, est d'une efficacité plus grande encore. Je voyais en 1863, avec M. le docteur Demarquay, un vieillard de soixante-cinq ans, qui, à la suite d'un zona qui avait occupé le front d'un seul côté, était tourmenté, depuis plus d'un an, de douleurs qui le rendaient presque fou. La quinine à haute dose, les irritants topiques, les stupéfiants administrés au dedans et au dehors, rien n'avait réussi. Le malade voulut entrer à la Maison municipale de santé et fut placé dans le service de M. Demarquay. Ce chirurgien habile crut devoir faire usage de l'électro-puncture, et il suffit de quelques séances pour amener une guérison qui ne s'était pas démentie après un mois, époque à laquelle je revoyais le malade.

(1) Note sur l'emploi du révulseur, par le docteur Le Roy de Méricourt, *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXII, p. 342 et 402. (*Note de la Rédaction.*)

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a eu l'heureuse idée d'appliquer la faradisation cutanée très-énergique au traitement des névralgies les plus rebelles. Cette médication, qui est excessivement douloureuse, cause quelquefois des effets miraculeux. Il n'est pas rare de voir les douleurs névralgiques si atroces de l'*angor pectoris* céder à l'excitation cutanée, et il n'est pas jusqu'à la névralgie épileptiforme, si affreusement douloureuse et si cruellement incurable, qui ne soit rapidement modifiée, je n'ai pas dit *guérie*, par la faradisation cutanée. L'intensité, la persistance des douleurs névralgiques amènent les malades à consentir à l'emploi de la faradisation cutanée; mais peu de malades récemment atteints se décident à user d'un moyen thérapeutique qui provoque de si intolérables douleurs.

J'ai souvent rendu mes élèves témoins des effets extraordinaires que produit l'application du calorique sur les parties qui sont le siége d'engorgements chroniques douloureux; plusieurs fois ils m'ont vu prescrire à des malades atteints d'engorgements chroniques des articulations l'usage des douches de sable chaud, l'application de larges sachets remplis de sable, dont la température doit être aussi élevée qu'il est possible de le supporter sans être brûlé.

Mais ce qui réussit dans les engorgements chroniques des articulations ne réussit pas moins bien dans le traitement des névralgies superficielles, telles que celles du cuir chevelu, de la face et du col. Dans le cas où la douleur névralgique occuperait la continuité des membres, les sachets de sable très-chauds sont encore d'une grande utilité. On m'a vu plusieurs fois faire envelopper la tête de quelques-uns de nos malades avec des sachets de sable, et l'application, renouvelée deux fois par jour, se prolongeait chaque fois pendant vingt minutes. Ce moyen, fort simple d'ailleurs, n'a sans doute pas une utilité aussi grande que la plupart de ceux que j'ai indiqués jusqu'ici; mais quelquefois il réussira merveilleusement, alors que tous les autres auront échoué.

Il est un autre moyen auquel j'ai eu recours plusieurs fois dans ma vie, et quoique j'aie eu l'occasion d'en parler assez souvent, j'ai jusqu'à présent trouvé peu d'imitateurs. Je veux parler de la section de l'artère temporale et de l'artère occipitale pour guérir les névralgies rebelles de la tête. On avait déjà conseillé la section du nerf douloureux dans la névralgie épileptiforme, et dans le plus grand nombre de cas il n'était pas possible, à moins d'une véritable dissection, de couper le nerf sans intéresser l'artère qui l'accompagne ordinairement. J'ai tenté plusieurs fois la section de l'artère dans le traite-

ment des formes rebelles de la névralgie ordinaire, et je suis arrivé à des résultats si immédiats que je suis encore à me demander comment a agi la médication.

C'est en 1833 que, pour la première fois, j'ai fait la section artérielle : il s'agissait d'une dame d'une trentaine d'années, tourmentée depuis plus de dix ans de névralgies temporo-faciales et crâniennes d'une violence à laquelle rien ne peut être comparé. Il me serait difficile de dire tous les moyens que j'avais opposés à cette odieuse et opiniâtre maladie. En désespoir de cause, je résolus de faire la section de l'artère temporale au-dessus de l'arcade zygomatique. J'enveloppai la lame d'un bistouri droit avec du diachylon, de manière à ne laisser qu'un centimètre de libre. L'instrument, tenu comme une plume à écrire, fut enfoncé perpendiculairement tout auprès de l'oreille, et quand avec la pointe du bistouri je sentis que j'avais atteint l'os, je fis une incision, en maintenant toujours le couteau parallèlement au bord supérieur de l'apophyse zygomatique, jusqu'au moment où je vis jaillir le sang artériel. L'incision n'était pas terminée que la douleur névralgique avait cessé. Je ne voulais pas tirer de sang; j'appliquai immédiatement un bandage compresseur, qui fut enlevé après vingt-quatre heures. La névralgie fut guérie pendant un temps assez long, puis elle reparut, comme reparaissent si souvent toutes les névralgies. La section de l'artère occipitale n'est pas moins efficace dans le traitement des névralgies qui occupent la partie postérieure de la tête, et il devient souvent nécessaire de faire la section des deux vaisseaux, opération aussi facile qu'exempte d'inconvénients.

Je disais tout à l'heure que je ne m'expliquais pas la soudaineté de l'amélioration qui succédait à la section des vaisseaux. Je sais bien que ces vaisseaux, surtout l'artère occipitale, sont accompagnés par des branches nerveuses d'une certaine importance; mais autant je conçois la cessation de la douleur dans les points où vont se se rendre les rameaux nerveux intéressés dans la section, aussi peu je comprends la sédation complète que l'on voit survenir dans la plupart des rameaux nerveux qui tout à l'heure encore donnaient lieu à de si vives souffrances, et qui ne semblent avoir aucune connexion avec les parties coupées.

Le fait le plus étrange de ce genre que j'aie observé est le suivant : j'étais mandé par M. le docteur Mathieu, pour voir, rue Neuve-Saint-Merry, un homme de trente ans, atteint d'encéphalite aiguë. Ce pauvre homme souffrait de la tête d'une manière extraordinaire, et il exprimait sa douleur par des cris déchirants; on avait employé

vainement les stupéfiants à l'intérieur et à l'extérieur; les déplétions sanguines étaient restées tout aussi inefficaces. Je conseillai et je pratiquai la section de l'artère temporale. Il s'écoula à peine une cuillerée de sang, et le soulagement fut instantané. Le malade fut porté dans mon service à l'hôpital, et je pus, à l'autopsie, constater l'existence d'un abcès du cerveau. Si je rapporte ce fait, c'est uniquement pour montrer l'utilité de la section artérielle, même dans des névralgies crâniennes symptomatiques des lésions les plus graves.

Y aurait-il dans la rapidité de l'amélioration que l'on voit survenir après la section de l'artère et des rameaux nerveux qui l'accompagnent, y aurait-il, dis-je, un effet moral analogue, dans une certaine mesure, à celui que la vue de l'instrument du dentiste produit sur l'odontalgie ? Je ne me charge pas de répondre à cette question ; mais quand on voit la névralgie faciale, et même la sciatique, guéries par la section ou la cautérisation de l'hélix, et ces faits empiriques sont assez nombreux aujourd'hui, comment oser expliquer l'influence heureuse de la saignée des artères temporale et occipitale dans le traitement des névralgies de la tête ?

Jusqu'ici, dans toute cette série de remèdes que je viens de faire rapidement passer sous les yeux du lecteur, nous ne nous sommes adressés qu'à l'élément douleur, laissant de côté la cause qui avait pu donner lieu à la névralgie. Nous ne nous sommes occupés de la cause que lorsqu'elle était immédiatement saisissable, comme dans l'odontalgie dépendant d'une carie dentaire, dans le névrome, dans le cas où un corps étranger blesse un cordon nerveux, etc., etc. Mais quand la cause est générale, quand elle domine toute l'économie, comme la syphilis, la chlorose, par exemple, nous pouvons et nous devons sans doute calmer les douleurs aussi promptement que nous pouvons le faire; mais la grande médication est celle qui s'attaque à la cause générale. Sans cela, les névralgies, un instant vaincues, se reproduisent bientôt, et celles qui disparaissent facilement sous l'influence des moyens divers que j'ai fait connaître sont sous l'influence de causes qui ne se manifestent que par des phénomènes transitoires, le rhumatisme, par exemple.

Les névralgies de cause syphilitique arrivent bien rarement sans lésion locale, telle que l'exostose, la périostose, la gomme, etc. ; et les rhumatalgies générales que l'on observe quelquefois dans les véroles dont les accidents secondaires suivent une marche aiguë, tiennent bien probablement à une irritation de la moelle épinière. Souvent encore elles sont produites par une phlegmasie aiguë, par des ulcérations des membranes muqueuses, comme cela s'observe

dans le coryza, dans l'otite syphilitique; tous ces phénomènes névralgiques seront rapidement dissipés sous l'influence de la médication spécifique; mais s'il existe une nécrose, on comprendra que l'action des mercuriaux et de l'iode demeure impuissante, et qu'elle ne puisse s'exercer que sur la maladie qui a donné lieu à la nécrose.

Il est en général assez facile de reconnaître les névralgies de cause syphilitique, et les élèves qui suivent notre service ont pu voir avec quelle rapidité la médication spécifique faisait justice du symptôme douleur. Je puis rappeler une femme qui, dans le courant de juin 1863, était couchée au numéro 7 de notre salle Saint-Bernard. Les accidents névralgiques s'exaspéraient à une heure assez avancée de la soirée, pour s'atténuer le lendemain matin. Nous lui fîmes prendre chaque jour, dans le courant de la journée, dix paquets contenant chacun seulement 5 milligrammes (un dixième de grain) de calomel, et dès le troisième jour du traitement, lorsque les gencives commencèrent à se gonfier légèrement, les douleurs avaient presque complétement cessé. La médication fut continuée avec la liqueur de Van Swieten, et plus tard nous devions administrer l'iodure de potassium. Le calomel, *fracta dosi*, est le remède qu'on me voit toujours mettre en usage lorsque je veux agir vite. Je fais faire des paquets contenant un demi-centigramme de calomel et 10 ou 20 centigrammes de sucre. Dix paquets de ce genre sont donnés chaque jour, à des intervalles à peu près égaux, et l'on continue ainsi pendant trois, quatre, cinq, six jours. Il est rare qu'après trois jours il ne survienne pas un peu de gonflement des gencives; je continue encore, en ne donnant que cinq paquets au lieu de dix, et si les douleurs sont calmées, j'administre le chlorate de potasse, afin de guérir la stomatite mercurielle, et je passe à l'usage de la liqueur de Van Swieten, que je donne pendant un mois ou deux, et je termine le traitement par l'iodure de potassium. L'efficacité de la médication se fait sentir immédiatement; nous avons vu déjà plusieurs fois que dès la première nuit la névralgie s'était amoindrie, et il est rare qu'elle ne soit pas devenue parfaitement tolérable après trois jours de traitement. L'exostose, si elle existe, n'a certes pas disparu aussitôt; mais elle devient immédiatement moins douloureuse à la pression, et elle disparaît ensuite lentement.

Je sais que l'iodure de potassium, dans des cas de ce genre, rend aussi de réels services, et plusieurs fois aussi je l'ai administré avec un grand succès. Toutefois, je dois dire que, s'il est supérieur aux mercuriaux donnés suivant le mode ordinaire, il est infiniment

moins puissant que le calomel administré suivant la méthode que je viens d'indiquer.

Quant aux névralgies intermittentes auxquelles on a plus spécialement réservé le nom de *fièvres larvées*, lorsqu'elles semblent dépendre d'un empoisonnement palustre, elles obéissent aux préparations de quinquina; mais les doses du médicament doivent être portées assez loin, et plus loin en général que dans les fièvres intermittentes ordinaires.

Mais il faut, ainsi que je l'ai dit, se garder de croire que l'intermittence et la parfaite périodicité des accidents névralgiques soient une preuve positive de l'existence d'une cause palustre; j'ai cité des cas où une affection organique grave se manifestait par des douleurs névralgiques exactement périodiques, et, dans ces cas, le quinquina était impuissant.

Lorsque la névralgie se reproduit par paroxysmes multiples chaque jour, lors même que ces paroxysmes sont périodiques, le sulfate de quinine a peu d'action : il en a davantage si chaque jour il n'y a qu'un accès; il est en quelque sorte souverain si les paroxysmes reviennent en tierce et en quarte; car cette forme dans la périodicité est une indication bien plus certaine de l'existence du miasme palustre.

Toutefois, sans que je puisse m'en rendre compte, et lorsque très-évidemment on ne peut supposer que les influences productrices de la fièvre intermittente sont en cause, le sulfate de quinine à hautes doses agit puissamment, lors même que les paroxysmes douloureux n'ont rien d'intermittent, à plus forte raison quand ils sont intermittents et périodiques ; aussi me voit-on le plus ordinairement demander les premiers secours au sulfate de quinine, et ne recourir aux autres moyens que lorsque celui-là a dit son dernier mot.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**De l'incision des gencives comme moyen de remédier aux accidents de la première dentition, et en particulier aux accidents convulsifs.**

Par M. le docteur Fonssagrives, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Je me propose, dans cette note, de discuter les avantages ou les inconvénients attachés à la pratique de l'incision des gencives dans le cours des accidents graves qui viennent si souvent compliquer le travail de la première dentition. Comme on va le voir, en effet, l'o-

pinion médicale est singulièrement partagée sur ce point, et il n'est ni indifférent ni inopportun de le remettre à l'étude. Systématiquement repoussée par les uns, comme n'atteignant pas son but ou ayant des inconvénients consécutifs assez sérieux, abusivement pratiquée et sans acception de cas par les autres, cette opération est singulièrement discréditée aujourd'hui, et il n'est guère qu'un petit nombre de praticiens qui utilisent cette ressource, que nous démontrerons cependant tout à l'heure être bien précieuse, quand elle est employée d'une manière opportune. Indiquons tout d'abord les vicissitudes par lesquelles elle a successivement passé.

Les recherches assez nombreuses auxquelles nous nous sommes livré à ce sujet ne nous ont pas permis de trouver trace de cette pratique dans les auteurs anciens. Hippocrate n'en dit pas un mot; Galien ne la signale pas davantage; Paul d'Égine, qui a consacré son premier livre à des détails plus que minutieux sur l'hygiène et les maladies de la première enfance, signale une foule de moyens propres à remédier aux accidents de la dentition, mais il passe celui-ci sous silence. Oribase, dont la vaste compilation embrasse à peu près toutes les œuvres médicales qui l'ont précédé, est dans le même cas; il n'oublie rien dans sa prolixe énumération, ni le lait de chienne, ni le cerveau de lièvre, ni la racine d'iris, ni les dentifrices de toute espèce, mais la pratique de l'incision des gencives n'y est même pas indiquée. C'est dans Vésale et dans A. Paré, qui vivaient tous les deux dans la première moitié du seizième siècle, que l'on trouve la première indication de ce moyen; mais ils le signalent sans lui assigner aucune date historique, ce qui permet de supposer que c'est là une de ces ressources qui ont pris naissance un peu partout et qui, du domaine de l'expérience vulgaire, ont pénétré peu à peu dans celui de la science.

Le passage d'A. Paré relatif à cette question est assez intéressant pour que nous croyions devoir le reproduire ici. « Or, souventes fois, dit le chirurgien de Charles IX, tels remèdes ne profitent de rien à raison que la gencive est fort dure, qui est cause que les dents ne la peuvent percer : dont s'ensuit pour la tension d'icelle que les enfants ont extrêmes douleurs dont s'ensuit la fièvre et autres accidents susdits et enfin la mort. Et pour ce ie suis d'aduis que le chirurgien face une incision sur la gencive et sur la dent pour lui ouurir le passage afin qu'elle sorte plus facilement. Ce que i'ai faict à mes enfants, en présence de M. Le Féure, médecin ordinaire du roy et de Mme la princesse de La Roche-sur-Yon, et de MM. Hautin, Courtin, docteurs régents en la Faculté de médecine de Paris, et de Jac-

ques Guillemeau, chirurgien ordinaire du roy et iuré à Paris; mesme aucunes nourrices, de leur instinct naturel, deschirent le dessus de la gencive avec leur ongle afin de faire voye aux dents qui veulent sortir. Or, il ne sera hors de propos réciter ceste histoire : Mgr de Nevers m'envoya quérir pour anatomiser son fils mort, âgé de huict mois ou environ, auquel n'estoit percé aucune dent. Ayant diligemment regardé qui pouvoit estre cause de sa mort, n'en fut trouvée aucune, sinon qu'il avoit les gencives fort dures, grosses et enflées, et les ayant coupées par dessus, trouuay toutes les dents prestes à sortir pour le peu d'aide qu'on y eust fait en coupant la gencive : ce qui fut conclud des médecins présents et de moi que la seule cause de sa mort estoit que la nature n'avoit esté assez forte pour percer les gencives et pousser les dents dehors à raison que par l'aage qu'il avoit elles estoient plus dures qu'à un plus d'aage que la sienne. » (Œuv. compl., édit. Malgaigne, 1840, t. II, p. 798.)

Les précautions par lesquelles A. Paré justifie ses idées sur l'utilité de l'incision des gencives, prouvent au moins que de son temps elle n'était pas habituellement pratiquée. Quoi qu'il en soit, il ne paraît pas qu'on lui ait attribué une grande importance, car les deux œuvres médicales dominantes du dix-septième siècle, celles d'Ettmuller et de Daniel Sennert n'en font même pas mention. Bannie un peu dédaigneusement des ouvrages, cette opération était sans doute restée dans la pratique, car nous la retrouvons plus tard discutée très-scientifiquement dans les beaux commentaires de Van Swieten sur les aphorismes de Boerhaave. Après avoir longuement discuté les avantages de ce moyen, indiqué le meilleur procédé pour le mettre en œuvre, l'illustre commentateur termine son article par la phrase suivante, dans laquelle il se montre médiocre partisan de cette ressource. « *Cœterum diuturno artis usu edoctus affirmo sectione hac raro opus esse etiam in difficiliori dentitione.* » (*Gerardi Van Swieten, med. doct., commentaria in Hermanni Boerhaave aphorismos.* — Paris, 1765, t. IV, p. 667, § 1877.) Van Swieten arguait surtout, contre l'adoption de l'incision gingivale, de l'obstacle que le tissu cicatriciel pouvait ultérieurement opposer à la sortie de la dent. Ce reproche devait trouver de l'écho, et nous verrons tout à l'heure que M. Trousseau en a fait l'un des pivots de son argumentation contre l'opportunité de cette pratique. Nic. Rosen de Rosenstein, dont le remarquable *Traité des maladies des enfants* a été traduit dans notre langue vers la fin du dix-huitième siècle, reproduit aussi l'argument de Van Swieten, mais il insiste surtout sur les dangers d'une section incomplète du tissu

gingival, et lui attribue des dangers qu'il est bien permis de considérer comme purement théoriques. De nos jours, les auteurs qui ont traité avec le plus d'autorité de la pathologie infantile subissent un peu le joug de l'opinion de Van Swieten adoptée par deux maîtres contemporains, Guersant et Tronsseau, et parlant d'une façon distraite de l'incision des gencives, ne la condamnent sans doute pas, mais ne disent rien qui soit de nature à la faire considérer comme une ressource susceptible de rendre de grands services. Guersant avait dit, répétant à peu près textuellement le mot de Van Swieten : « Je suis loin d'être convaincu que ce moyen ait jamais sauvé la vie à aucun enfant. » Et les incrédules se sont étayés de cette autorité pour condamner *à priori* l'utilité de ce moyen. Il est vrai que le témoignage public du professeur Trousseau est venu à deux reprises fournir un appui à l'assertion de Guersant, et qu'il y avait dans cette concordance de jugement de quoi décourager l'expérimentation. Dans une leçon professée à l'hôpital Necker en 1844, l'éminent clinicien, établissant ce fait que le gonflement de la gencive est simplement fluxionnaire et n'est pas constitué par la saillie de la dent, et que, par suite, l'incision, bonne pour dégorger la gencive, était inapte à favoriser la sortie de la dent, concluait en ces termes : « Je ne vois donc pas l'utilité d'un prétendu débridement qui ne débride rien, attendu qu'il n'y a rien à débrider, et tout au contraire je serais disposé à regarder cette opération comme mauvaise, en ce sens qu'elle fait dans la gencive de petites cicatrices qui, peut-être, sont pour la dent plus difficiles à traverser que le tissu normal. Pourtant je ne puis me dissimuler que les incisions calment quelquefois très-rapidement les douleurs de dents des enfants et font cesser les accidents nerveux qui semblaient liés à la vivacité même de cette douleur ; mais elles ont agi comme des scarifications qui diminuent l'inflammation, et non comme moyen propre à faciliter l'issue de la dent. » Sept ans plus tard, M. Trousseau, dans une leçon faite à l'hôpital des Enfants malades, maintenait sa première opinion, et, à moins qu'il ne l'ait modifiée depuis (ce dont rien d'écrit ne fait foi), je ne sais trop sur quoi on se fonde pour le représenter comme partisan de l'incision gingivale. Voilà où en est la question aujourd'hui chez nous ; c'est une pratique ou discréditée ou oubliée, et si un certain nombre de médecins y ont recours, ils le font par une inspiration tout individuelle et sans avoir de règle ni d'autorité qui les guide. En Angleterre, il en est tout autrement, cette question, qui paraît si minime en apparence, a occupé assez de grands esprits pour qu'on ne puisse lui refuser

une importance réelle, et les travaux de Harris, de Cooper, de Bromfield, de Copland, sont venus démontrer et l'utilité de l'incision des gencives et l'inanité des dangers qu'on lui avait attribués.

Les arguments qui ont été invoqués contre cette opération sont purement théoriques, et là où il eût convenu de s'en tenir aux simples résultats de l'expérience, on s'est efforcé de prouver *à priori*, par des raisonnements spécieux, qu'elle ne pouvait atteindre son but et qu'elle n'était pas exempte d'inconvénients. On a dit successivement : 1° que l'incision des gencives était inhabile à provoquer la sortie de la dent ; 2° que le tissu cicatriciel qui lui succède peut, à raison de sa dureté, constituer à son issue un obstacle autrement sérieux que celui qu'elle rencontre dans la résistance de la gencive elle-même ; 3° que l'incision prématurée de la capsule dentaire peut préjudicier à la qualité et à la conservation de la dent. Voyons ce qu'il faut penser de la valeur de ces reproches.

La poussée des premières dents étant le résultat complexe d'un double travail d'achèvement de ces ostéides renfermés dans leur follicule, et de destruction de la partie du tissu gingival qui recouvre leur couronne, il tombe sous le sens que, si la dent est imparfaitement développée, l'incision sera tout à fait inutile, ou du moins n'agira que comme moyen de défluxionner la gencive ; mais ce n'est pas là le cas habituel, puisque l'utilité de l'incision ne se montre que quand la gencive est soulevée par la dent. Quant à la crainte de voir le tissu cicatriciel résultant de l'incision s'opposer ultérieurement à la sortie de la dent, c'est là un argument que Van Swieton a mis en avant le premier et que M. Trousseau a reproduit dans son argumentation. « *Si vero*, dit le commentateur de Boerhave, *profondius adhùc adhæreat dens, vulnusculum hoc inflictum brevi consolidabitur et cicatricula resistet magis denti postea erupturo. Fama etiam medici insigniter periclitatur si incisionem suaserit nec, hâc factâ, dens appareat. Novi contigisse ut dens octo mensibus post factam incisionem eruperit tantùm.* » (Op. cit., p. 667.) J'ai peine à concevoir, je l'avoue, que cet inconvénient existe réellement. De deux choses l'une, ou l'incision est superficielle et la cicatrice légère qui la suit ne doit offrir qu'une résistance insignifiante, ou elle est profonde, et alors la rétractilité extrême du tissu gingival éloigne les lèvres de l'incision cruciale et ne permet guère à une cicatrice de se former. D'ailleurs, ainsi que le fait judicieusement remarquer Copland, si la cicatrice retardait l'issue de la dent, il ne serait pas plus difficile de la diviser qu'il n'a été difficile de diviser la gencive elle-même. Pour ce qui est enfin du

préjudice causé à la dent par l'opération, il est difficile d'y voir autre chose qu'une allégation toute théorique et démunie de preuves. Nous ne parlons pas des accidents immédiats, tels que l'hémorrhagie, le danger des convulsions quand la section gingivale est incomplète, etc. : nous avons toujours vu le léger écoulement de sang provoqué par l'incision s'arrêter de lui-même, et quant à la seconde crainte, singulièrement exagérée par Rosen de Rosenstein, elle nous paraît reposer bien plutôt sur l'induction que sur l'expérience. C'est donc à celle-ci qu'il faut recourir exclusivement pour juger de la valeur de cette ressource thérapeutique. Or des témoignages graves plaident en sa faveur. Sans parler de ceux de Harris, Cooper, Broomfield invoqués plus haut, on trouve dans les auteurs un bon nombre de faits qui sont très-démonstratifs à cet égard. Richard, de Nancy, a cité l'observation d'un enfant qui, faisant ses molaires, était pris de crises léthargiques effrayantes : les yeux étaient fixes, insensibles à la lumière, le visage pâle et décoloré, le pouls lent, les membres flasques, la peau froide; l'incision des gencives fit disparaître cet appareil de symptômes menaçants (*Traité des mal. des enfants*. Paris, 1839, p. 162). Murat, qui se montre partisan du débridement, a rapporté, d'après Robert, le fait célèbre attribué au médecin Lemonnier : « Un enfant, dit-il, après avoir beaucoup souffert de ses dents, mourut et fut mis au suaire. M. Lemonnier, ayant affaire chez la sevreuse où cet enfant avait perdu la vie, après avoir rempli son objet, fut curieux de connaître l'état des alvéoles dans un cas où l'éruption des dents n'avait pu se faire. Il fit une grande incision aux gencives; mais au moment où il se préparait à poursuivre son examen, il vit l'enfant ouvrir les yeux et donner des signes de vie. M. Lemonnier appelle des secours; on débarrasse l'enfant de son suaire, on lui prodigue des soins; les dents sortent, et l'enfant recouvre la santé. » (*Dict. des sciences médicales*, t. VIII, p. 419.) Je n'insiste pas sur ce fait, qui rappelle un peu trop, par un faux air de merveilleux, l'enfant tombé d'un clocher dont il est question dans le *Médecin malgré lui ;* j'aime mieux résumer une observation que j'ai recueillie moi-même dans ces derniers temps, et qui montre, à mon avis, tout le parti que l'on peut tirer de la section des gencives dans les maladies convulsives de la première enfance.

Une petite fille de dix-huit mois est prise d'entérite cholériforme dans le cours d'une dentition laborieuse. Les accidents, assez menaçants d'abord, ne tardent pas à être enrayés; les dents ne paraissent pas, la fluxion gingivale persiste. Je cesse de la voir. Les selles se

régularisent, l'appétit revient, on la fait sortir. Un matin, vers quatre heures (la nuit avait été très-calme), l'enfant pousse un cri; sa mère court à son berceau et la trouve roidie, ayant les membres inférieurs dans un tel état de rigidité contracturale, qu'on eût pu la soulever d'une seule pièce en la prenant par les pieds; du reste, à part une vive expression de souffrance, pas de troubles généraux graves; cette contracture persiste vingt-quatre heures, sans que les moyens très-variés mis en usage puissent en venir à bout; à ce moment une détente s'établit dans un des membres, qui devient moins roide; on peut fléchir l'articulation du genou, et dans la soirée les extrémités inférieures ont perdu presque complétement leur roideur. Les gencives continuent à être tuméfiées et douloureuses. Le surlendemain, dans la nuit, la contracture reparaît, mais plus intense et plus générale que la première fois. Les accidents ont une physionomie beaucoup plus grave; les muscles respiratoires sont dans un état de contracture des plus menaçants; l'hématose est profondément troublée et la mort paraît imminente. Tout moyen étant resté inutile, les points des gencives qui paraissent tuméfiés sont profondément incisés en croix. Une demi-heure après, amendement inespéré, la contracture diminue, la respiration se régularise; le soir les membres inférieurs ont recouvré leur souplesse; la rétraction des incisions gingivales laisse plusieurs dents à découvert. L'évolution de celles-ci se fit dès lors librement et sans troubles. Un rétablissement complet ne se fit pas attendre.

Les accidents convulsifs me paraissent être l'indication principale de la section des gencives. Toutes les fois que des convulsions se manifestent chez des enfants qui présentent une ou plusieurs dents saillantes, je n'hésite pas à la conseiller. On a certainement exagéré l'intervention de la dentition dans les maladies de la première enfance, et on a été porté à lui attribuer presque toutes les convulsions éclamptiformes qui se manifestent à cette époque de la vie; mais il faut reconnaître cependant que c'est là une des causes les plus fréquentes des maladies convulsives de l'enfance. Quand on voit d'ailleurs une écharde sous la peau amener le tétanos, qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'une épine dentaire irritant le tissu gingival produise, elle aussi, des convulsions centripètes ou réflectives, et quoi de plus naturel que d'y remédier en incisant les gencives? Il y a quelque temps, étant auprès d'un enfant de trois mois, qui se mourait d'éclampsie, je constatai que le frottement rude des gencives supprimait l'attaque; les yeux convulsés repré-

naient leur direction première, et la respiration se régularisait. Peut-être y a-t-il là un moyen de distinguer l'éclampsie dentaire de celle due à une autre cause ; ce fait prouve au moins quelle relation étroite existe entre l'état des gencives et la modalité du cerveau. L'éclampsie infantile me paraît, je le répète, constituer l'indication la plus ordinaire de l'incision des gencives ; mais les symptômes graves d'entérite, de catarrhe pulmonaire profond et de pseudo-méningite qui accompagnent si souvent la dentition, la réclament également, à mon avis, et au même degré. Qu'elle agisse en défluxionnant la gencive, en ouvrant une voie à la dent dont la racine doit peser sur le fond de l'alvéole et sur la ramification nerveuse qui lui est destinée, ou bien par une simple contre-fluxion douloureuse, cette petite opération est indiquée d'une manière positive par la coexistence d'un travail dentaire évident et d'accidents généraux graves, pouvant logiquement lui être imputés. Son manuel est du reste des plus simples. A l'exemple de Harris et de Van Swieten, je rejette formellement l'usage du bistouri et de la lancette, qui exposent à blesser la joue, qui font une section trop nette, et qu'il est quelquefois difficile de faire pénétrer jusqu'à la dent. Le sécateur des gencives et le déchaussoir valent mieux, mais je préfère de beaucoup le canif de poche ordinaire, à lame courte coupée en biseau et à dos épais (*cujus dorsum in densitatem novaculæ æmulam assurgat*, comme le dit Van Swieten). On peut avec cet instrument exercer une pression considérable et sans préjudice pour les organes avoisinants. Une incision longitudinale suffit pour les incisives et les canines, elle doit être cruciale pour les molaires. L'écoulement de sang qui suit cette incision est d'habitude très-modéré ; s'il avait peine à s'arrêter, la pression du doigt ou un morceau d'amadou imbibé de perchlorure de fer en ferait justice aisément.

On trouvera peut-être que voilà un bien long article pour une petite question ; mais les lecteurs assidus du *Bulletin de Thérapeutique* y trouveront, nous l'espérons, ce qu'ils y cherchent d'ordinaire, la satisfaction de leur sentiment des besoins de la pratique.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Note sur le datura tatula et son emploi dans l'asthme.

Par M. le docteur Mac Veagh.

Le genre datura, de la famille des solanées, renferme un assez grand nombre d'espèces, dont plusieurs ont été employées avec

succès dans l'asthme, sous des formes diverses. C'est surtout aux daturas *fastuosa* et *stramonium* que les auteurs ont attribué les propriétés sédatives propres à guérir ou à soulager les accès de cette maladie ; mais il était probable que d'autres espèces procureraient les mêmes effets. Ayant eu occasion, le premier, je crois, de Dublin, d'employer au même usage une de ces dernières, beaucoup moins connue, et que ne mentionnent même pas le plus grand nombre des traités de matière médicale, je crois faire chose utile en portant ce que j'en sais à la connaissance de mes confrères. A en juger par une expérience personnelle, d'ailleurs très-limitée, mais surtout par les succès que cette plante, d'après ce qui m'a été rapporté, a procurés dans d'autres mains à l'étranger, j'ai lieu de croire qu'elle ne le cède en rien aux espèces nommées ci-dessus, et que, douée d'une non moins grande efficacité dans les cas d'asthme et de bronchite chronique, elle mérite toute l'attention des praticiens.

La première fois que j'entendis parler du datura *tatula* fut en 1850, alors que je donnais des soins à lord Dunsany, mort depuis cette époque. Il assistait aux séances d'une assemblée publique, dans le mois de mars de cette année, et devait y parler sur un sujet de beaucoup d'intérêt pour lui, quand, par suite sans doute de l'excitation et de la fatigue qu'il éprouvait, il fut pris d'une épouvantable attaque d'asthme, affection à laquelle il était sujet, et ne put être transporté qu'avec beaucoup de peine à son hôtel, où je le vis bientôt après. Jamais je n'assistai à une attaque plus forte : les accès d'orthopnée étaient si violents qu'à chaque instant je m'attendais à le voir asphyxié. Après que je fus parvenu à maîtriser les symptômes les plus pressants au moyen de pédiluves, de sinapismes et de quelques antipasmodiques, dès qu'il put me parler, la première parole qu'il m'adressa fut que, si je n'avais pas d'objection à faire, il avait sous la main un remède d'une grande puissance qui le soulagerait d'une manière sûre et rapide. Bien entendu, je lui donnai mon assentiment, et son valet de chambre lui apporta une pipe chargée de la substance ci-dessus nommée. Il avait à peine fumé plus d'une minute ou deux que la dyspnée commençait à diminuer, et environ dix minutes après il se trouvait calmé à un point vraiment extraordinaire. Il m'apprit alors que la plante qu'il fumait ainsi était le datura tatula et que, pour cet emploi, les semences écrasées et l'herbe séchée étaient mélangées par parties égales. Il en faisait usage depuis des années et avec le plus entier succès pour le soulagement de ses accès. Ces bons effets chez lui ne

pouvaient être que temporaires, à cause d'une cirrhose d'un des poumons et d'une affection valvulaire du cœur; mais certainement l'inhalation de cette fumée eut l'effet le plus magique dont j'aie jamais été témoin, et si la maladie, dans ce cas, eût été un asthme sans complication, nul doute que le remède ne se fût montré spécifique.

Répondant à mes questions, Sa Seigneurie m'apprit que cette plante lui venait de Malte, où il en croissait en abondance dans le jardin du gouverneur, et elle voulut bien m'en donner quelques graines, que j'envoyai au directeur du jardin botanique. Malheureusement elles furent égarées, et lord Dunsany étant mort deux ans après, il ne me fut pas possible de m'en procurer une nouvelle provision. Cependant, comme il m'est souvent arrivé depuis, dans le traitement des cas d'asthme que j'ai eu occasion de rencontrer, de voir échouer mes efforts au moyen des médicaments auxquels on a recours d'ordinaire, il m'est venu à l'idée d'essayer de me procurer le datura tatula. Je m'adressai donc à MM. Bewley et Evans, et ils en obtinrent de leurs correspondants à Londres, où les propriétés de ce médicament commençaient aussi à être connues. J'écrivis également à M. More O'Farrell, qui, ayant été gouverneur à Malte, paraissait devoir connaître quelque chose d'un remède si précieux. Il a bien voulu me répondre avec une extrême obligeance « que le datura tatula était en effet, à Malte, un remède extrêmement estimé dans l'asthme, qu'il réussissait dans certains cas, mais restait inefficace dans d'autres. » Je soupçonne que ces derniers ne sont pas des cas d'asthme pur, et que c'est à cela, dans une certaine mesure, que doivent être attribués les insuccès. Je résolus cependant de me livrer à des essais convenablement dirigés dans les cas d'asthme et de bronchite chronique qui pourraient se présenter à mon observation, et, dans le petit nombre de ceux où j'ai pu l'employer, je dois dire que le datura tatula m'a procuré des résultats très-satisfaisants.

Le premier cas s'est offert chez un membre du clergé de cette ville, sujet depuis des années aux attaques d'asthme les plus violentes, dans lesquelles les remèdes ordinaires, pendant un assez grand nombre de jours de souffrances, restaient le plus souvent sans grand avantage. Je l'engageai à faire l'essai du datura tatula, et la dernière fois que je l'ai vu il m'a appris, avec une vive satisfaction, que cette plante, fumée conformément à mes instructions, l'avait complétement délivré d'un accès imminent, effet d'autant plus remarquable que le stramonium, employé de la même manière

ne lui a jamais procuré le moindre soulagement à ses souffrances. Il prend également l'extrait de tatula comme moyen préventif, en se mettant au lit. Le second cas que j'ai rencontré est celui d'un gentleman du comté de Roscommon, qui, depuis des années aussi, est torturé par des attaques d'asthme pur, et qui s'est vainement efforcé de se procurer un remède pour combattre ses accès. Il fume maintenant le tatula chaque fois que l'attaque est imminente, et avec un complet soulagement. Enfin, chez un troisième malade, atteint de bronchite chronique, un excellent résultat a été obtenu au moyen de l'extrait, administré en une pilule le soir, et d'une certaine quantité de teinture ajoutée à un mélange expectorant ordinaire.

Ces cas, quelque peu nombreux qu'ils soient, me donnent toute raison d'espérer que nous avons trouvé dans le datura tatula un précieux remède contre l'asthme, et que ce sera une acquisition très-utile à ajouter à notre matière médicale.

Sans doute les cas d'asthme exempts de complication ne sont pas communs ; mais, même dans les cas compliqués, tels que celui qui a été mentionné en premier, le datura tatula se montre un agent très-précieux par le soulagement qu'il procure. Son action sur l'économie humaine ressemble à celle du stramonium ; mais il est plus antipasmodique et moins narcotique ; rarement il cause de la céphalalgie ou laisse cette pénible sécheresse de la gorge ou cette sensation de constriction du pharynx que le stramonium détermine d'une manière si constante.

MM. Bewley et Evans ont préparé, conformément à mes instructions, le mélange destiné à être fumé, et de plus un extrait et une teinture. L'extrait est fait avec du tatula grossièrement pilé, traité par l'eau froide, épuisé ensuite par percolation, et la liqueur évaporée à l'étuve en consistance ordinaire. La dose est d'un demi-grain à un grain et demi. La teinture se prépare par digestion, pendant sept jours, de la portion herbacée de la plante pulvérisée, une partie pour huit parties de *proof-spirit* (alcool dont la densité, exprimée en centièmes de l'alcoolomètre, est de 56 1/4). La dose est de 20 à 60 *minims* [1]. La teinture, diluée dans l'eau distillée, reste transparente. La solution précipite en jaune grisâtre avec la teinture de noix de galle et le ferrocyanure de potassium, prend une couleur d'encre avec une solution de perchlorure de fer, et précipite en blanc par le nitrate d'argent. Elle ne donne pas de précipité avec

[1] Le *minim* n'est pas égal à la goutte, *drop*. Dans la pharmacopée de Londres, 267 *minims* équivalent à 500 *drops* ou gouttes, et dans celle d'Edimbourg le rapport est de 240 à 450. (Neligan.) (*Note du Rédacteur.*)

le deutochlorure de mercure ou l'acétate de plomb. Dans une analyse préliminaire de la plante, mon ami, le docteur Aldridge, a trouvé qu'elle contient un alcaloïde, du tannin et probablement un chlorure. On trouvera l'histoire botanique du datura tatula dans la *Matière médicale* de Pereira ; mais cet auteur ne donne aucun aperçu de ses usages.

---

**Remarques sur une formule de sirop de quinquina rouge ferrugineux.**

A côté de ces grandes indications thérapeutiques que posent et les constitutions médicales et les influences épidémiques, il en est d'autres, dépendantes aussi de conditions non purement individuelles, qui, pour n'être pas tout d'abord aussi apparentes, n'en sont pas moins réelles. Nous faisons allusion à cet état hyposthénique qui semble être le résultat de notre manière de vivre. Les progrès, ce qu'on est convenu d'appeler les progrès de la civilisation, modifient sans qu'on y prenne garde la nature de nos maladies, et il n'est pas besoin d'un grand effort d'attention pour se convaincre que les affections nerveuses sont aujourd'hui plus fréquentes, plus variées qu'autrefois, et que c'est dans les grands centres de population, pour des raisons aisément appréciables, qu'elles s'observent avec le plus de fréquence et d'intensité. Aussi combien sont devenues plus nombreuses les études sur les maladies du système nerveux.

Pendant que les médecins s'occupent avec tant de zèle d'étudier ces modifications pathologiques et signalent les indications qui en résultent, les pharmacologistes, de leur côté, s'efforçant de suivre le mouvement de la science, cherchent à livrer à la thérapeutique les produits les plus propres à remplir ces indications, en associant les médicaments qui y répondent le mieux. *Sanguis frenat nervos*, a dit le père de la médecine, avec une sûreté d'observation que l'expérience n'a depuis cessé de consacrer ; c'est donc aux agents corroborants que les pharmacologistes ont demandé la base de ces associations médicamenteuses destinées à soutenir les forces, à activer la nutrition, à tonifier l'organisme. Ainsi le rôle prédominant du système nerveux dans les conditions et les habitudes de notre existence, et l'hyposthénie qui en est la suite, expliquent, — nous demandons pardon pour ce qu'il peut sembler y avoir d'ambitieux, mais qui n'est qu'exact, dans ce rapprochement, — expliquent, disons-nous, la multiplicité des formules offertes aux praticiens pour

les aider à atteindre le but qu'ils se proposent, de relever l'énergie vitale des organes et de leurs fonctions.

Récemment le docteur Richelot, dans une note publiée dans l'*Union médicale* (avril 1861), appelait l'attention sur un mode d'association du fer et du quinquina proposé par M. Grimault, préparation fort en vogue parmi les praticiens de la capitale. Le but que se proposait M. Richelot eût été plus sûrement atteint, si ce médecin, au lieu de produire des faits à l'appui de l'efficacité de cette association, nous en avait fourni la formule. Ces agents médicamenteux, en effet, n'ont plus à faire la preuve de leur valeur thérapeutique. Le problème se réduit plutôt à une question de pharmacologie. Les plus simples notions de chimie rejettent au premier abord le mélange d'un sel de fer avec une substance contenant, comme le quinquina, du tannin en forte proportion; il faut montrer qu'il n'est pas impossible de les associer, malgré cette incompatibilité apparente. Ajoutons que toute formule qui brigue le suffrage du corps médical doit se produire au grand jour de la publicité et être appréciée dans tous ses composants. La publication de M. Richelot, très-intéressante et très-utile d'ailleurs, a donc laissé un double desideratum, et c'est ce desideratum que nous venons combler, M. Grimault, qui est un des collaborateurs dévoués du *Bulletin de Thérapeutique*, s'étant empressé de répondre à la demande que nous lui avons adressée à cet effet.

L'association du fer et du quinquina, ces deux agents les plus puissants de la médication tonique, est un des buts qui ont été le plus poursuivis par la pharmacologie, et bien des tentatives ont déjà été faites dans ce sens. Nous nous bornerons à rappeler celle qu'un chimiste distingué a soumise, en 1856, à l'Académie de médecine, et qui n'a pu obtenir l'approbation de la commission, parce que la plus grande partie des principes actifs de ce sirop restait sur le filtre.

Il n'en est pas de même de la formule à laquelle M. Grimault a attaché son nom. Le problème consistait à trouver un sel de fer qui se prêtât plus facilement qu'un autre, moyennant certaines conditions, à une association stable avec les principes du quinquina, malgré la présence du tannin parmi eux. Le composé ferrique qui, entre les mains de notre collaborateur, a procuré la solution de ce problème délicat, est le pyrophosphate de fer et de soude, combinaison, comme on sait, récemment introduite dans la thérapeutique et qui a donné des résultats remarquables. Dans ce produit se trouvaient les conditions réclamées : c'est un sel neutre et de plus ne donnant lieu à

aucune réaction en présence du suc gastrique, en sorte que son assimilation se fait d'emblée; quant à la manipulation pharmaceutique propre à en procurer la juxtaposition, l'association avec l'extrait de quinquina, M. Grimault, après de nombreux essais, est arrivé à la formule suivante, qui donne un sirop d'une limpidité parfaite et d'un goût agréable.

| | | |
|---|---|---|
| PR. | Pyrophosphate de fer et de soude.... | 10 grammes. |
| | Eau distillée très-pure............. | 300 |
| | Sucre.......................... | 700 |

Dissolvez le sel de fer dans l'eau distillée, et faites un sirop par simple solution, à la chaleur du bain-marie, dans une bassine d'argent.

Ainsi préparé et filtré, ce sirop doit être aussi limpide que le sont ceux de sucre ou de Tolu. Cette condition est très-importante, parce que beaucoup de pyrophosphates de fer et de soude, tels qu'on les trouve dans le commerce de la droguerie et des produits chimiques, convertis en sirops, donnent rapidement à ces préparations une couleur noirâtre et la saveur atramentaire propre à tous les composés ferriques. Il sera donc important de s'assurer d'avance de la pureté du sel que l'on voudra employer.

D'autre part :

| | | |
|---|---|---|
| PR. | Extrait hydro-alcoolique de quinquina rouge.......................... | 5 grammes. |
| | Alcool à 21 degrés................ | 100 |

Faites dissoudre, filtrez et mélangez à froid au sirop de pyrophosphate préparé comme ci-dessus.

Ce sirop, auquel M. Grimault a donné le nom de *sirop de quinquina rouge ferrugineux,* contient par cuillerée à bouche 10 centigrammes d'extrait de quinquina et 20 centigrammes de pyrophosphate de fer et de soude. Il satisfait le pharmacien par la simplicité de sa préparation, le médecin par le dosage exact de ses principes actifs. Il a de plus l'avantage, non sans importance, de ne pas constituer un médicament trop sirupeux et de tenir le milieu entre les vins et les sirops. En effet, dans la formule qui vient d'être indiquée, le sucre n'entre pas dans la proportion des deux tiers, comme cela a lieu ordinairement, et l'alcool qui a servi à la dissolution de l'extrait de quinquina procure, par son mélange avec le sirop, une sorte de liqueur agréable et, de plus, lui assure l'avantage d'une conservation indéfinie.

Le choix du quinquina rouge n'est pas indifférent dans la formule qu'a trouvée M. Grimault et que, après l'avoir obtenue de ce

pharmacien distingué, nous nous faisons un devoir de livrer à l'appréciation du public médical, bien qu'il lui manque le mérite de la nouveauté. Le médecin, en effet, en prescrivant le sirop de quinquina du codex, a plutôt pour but de donner un médicament tonique qu'un médicament fébrifuge : or, à ce point de vue, le quinquina rouge est, sans aucun doute, préférable à tout autre, étant, parmi ces précieuses écorces, la moins fébrifuge peut-être, mais certainement la plus astringente et la plus tonique.

Entre les faits nombreux que nous pourrions citer à l'appui de la valeur thérapeutique de cette association, nous choisisssons les trois suivants.

Obs. I. *Dysentérie chronique.* — C***, trente ans, a, depuis l'âge de vingt-cinq ans, une diarrhée presque continuelle ; ce fut à la suite d'une dysentérie aiguë, fébrile, qu'il s'aperçut que de temps à autre il avait une diarrhée glaireuse, sanguinolente, avec des raclures de chair ; il allait cinq, sept, dix, douze fois dans les vingt-quatre heures ; cet état durait quatre à cinq jours, et il s'ensuivait une anémie considérable avec perte de forces, insomnie, cauchemar ; les selles étaient très-douloureuses.

Dès qu'il marchait un peu, il était essoufflé, et il lui est arrivé, après une heure de marche, de tomber en syncope. Presque tous les mois ces accidents se répétaient.

Je le vois pour la première fois en janvier 1860. Je l'examine avec le plus grand soin et voici quel était son état :

L'aspect général indique un homme qui a beaucoup souffert : teint pâle, presque cachectique ; yeux cernés, excavés ; pommettes saillantes ; gencives décolorées.

Pas de maladies antérieures. A l'auscultation on trouve la poitrine en parfait état, le cœur seul est affecté de souffle au premier temps ; les bruits sont éclatants, sonores ; les vaisseaux du cou sont le siége d'un bruit de souffle très-intense, les oreilles du malade lui-même l'entendent ; en effet, il se plaint de sifflements, de bruits dans les oreilles, et cela depuis longtemps, deux ans environ.

Il est d'une grande tristesse et n'a pas d'appétit. Il avait, avant de nous consulter, fait tous les traitements imaginables : sulfureux, *intus et extrà*, opiacés sous toutes les formes, martiaux ; tout lui avait réussi au commencement, puis il avait eu des rechutes.

Je lui prescrivis le sirop de quinquina ferrugineux, à la dose de quatre cuillerées par jour, et cela pendant trois mois sans discontinuer. Pendant tout ce temps il n'eut pas une selle diarrhéique.

Il cessa. Un mois après il retomba malade. Alors, pendant cinq

mois consécutifs il prit ce même médicament; depuis ce temps, c'est-à-dire depuis le mois de décembre 1860, il n'a jamais eu de rechute ni eu un instant de malaise.

Obs. II. *Dyspepsie. — Flux hémorrhoïdaire considérable. — Anémie.* — R***, originaire de la Savoie, a trente-cinq ans. Depuis l'âge de vingt-neuf ans, il est sujet à des flux hémorrhoïdaires considérables. Ce fut à la suite de violents chagrins qu'il fut atteint de dyspepsie d'abord, puis de perte de sang par l'anus.

Il présente tous les signes extérieurs de l'anémie, et l'auscultation confirme ce diagnostic; il a de l'appétit, mais aussitôt qu'il a ingéré même un repas léger, il est pris d'étouffements, d'essoufflements, de pandiculations, et ce n'est qu'après deux ou trois heures de souffrances qu'il est un peu mieux; souvent même il vomit; presque tous les mois il est atteint de flux hémorrhoïdaire considérable; une fois entre autres, il eut une syncope très-prolongée.

A la suite de ces hémorrhagies, les maux d'estomac augmentent, et quand il vient nous consulter, en juillet 1862, il ne peut rien digérer; sa langue est nette, rose; les gencives sont très-décolorées; il a des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles; il est essoufflé à la moindre marche. Les bruits du cœur sont très-éclatants, souffle au premier temps, bruit de diable dans les carotides; il sue au moindre mouvement.

Nous le mettons à l'usage du sirop de quinquina ferrugineux. Ce sirop étant d'abord mal supporté, nous en fîmes précéder l'administration de 1 centigramme d'opium brut, et depuis cette précaution, qui ne fut nécessaire que pendant les premiers jours, le médicament fut parfaitement toléré. Le malade le prit à la dose de deux cuillerées par jour pendant quatre mois de suite, c'est-à-dire jusqu'en octobre 1862.

Depuis cette époque, l'anémie a disparu et les hémorrhagies anales ont complétement cessé.

Obs. III. *Dyspepsie à forme asthénique. — Flatulence stomacale. — Vomissements fréquents. — Guérison.* — Ler*** est âgé de quarante ans; il est sobre, n'a jamais fait d'excès alcooliques; cependant, vers l'âge de trente-cinq ans, sans maladie antérieure, il se mit à avoir de fréquents maux d'estomac; le matin en se levant il vomissait des glaires et se trouvait un peu soulagé; mais il fallait qu'il mangeât fort peu, s'il ne voulait avoir des crampes d'estomac, qui parfois lui duraient une heure, une heure et demie.

Jamais il n'a vomi d'aliments.

Après les repas, il était affecté de flatulence considérable, et quel-

quefois pendant une heure il rendait bruyamment des gaz complétement inodores; c'était seulement quand il en avait rendu en nombre considérable qu'il était un peu soulagé.

D'abord il ne fit aucun traitement; mais voyant les accidents persister, il consulta un médecin qui ordonna de la magnésie, de la noix vomique. Il fut soulagé pendant quelque temps, puis la dyspepsie recommença plus intense que jamais.

Ce fut alors, en juin 1861, qu'il s'offrit à notre observation.

Teint pâle, gencives décolorées, perte de forces et de sommeil; Les muscles mous, flasques; découragement complet.

Comme en se présentant à nous, il avait la langue un peu sale, nous lui administrâmes d'abord un léger éméto-cathartique, et, deux à trois jours après, nous commençâmes l'usage du sirop de quinquina ferrugineux; au bout de quinze jours le mieux était déjà sensible, les forces, l'appétit, la gaieté revenaient. Après deux mois de l'usage de ce médicament il était entièrement guéri (août 1861).

Cette année il a eu une rechute assez intense, mais le même traitement a été suivi du même résultat.

Il est à remarquer que le médicament ne causa jamais chez lui de constipation. P. V.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Du traitement des vastes abcès fistuleux de l'aisselle par les injections d'eau chlorurée.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les abcès de l'aisselle sont d'accord pour reconnaître la gravité des vastes collections purulentes de cette région. Sans parler des conséquences mortelles que peut avoir la diffusion du pus, soit dans le médiastin, soit dans la plèvre; sans parler des épanchements pleurétiques auxquels peut donner lieu médiatement le voisinage de ces grands abcès, il est un effet bien connu de leur manifestation qui fait souvent le désespoir des praticiens, à savoir le décollement de la région malade sur une grande étendue, et les fistules interminables qui en résultent.

Lorsque j'étais interne de Roux, à l'Hôtel-Dieu, et de Lenoir, à l'hôpital Necker, j'ai souvent été témoin de ces suppurations chroniques de l'aisselle, et trop souvent aussi j'ai vu les décollements profonds qui les accompagnaient résister aux efforts les plus persévérants et les mieux dirigés de ces maîtres habiles. Les larges incisions, l'introduction des mèches cératées, la compression, la tein-

ture d'iode en injections, restaient impuissantes. Signaler aux praticiens un moyen simple et facile de tarir ces longues suppurations axillaires, de rapprocher promptement les parois d'une poche que la constitution anatomique de la région tend à maintenir béantes, un moyen de fermer et de cicatriser ces trajets fistuleux, ne serait-ce pas rendre service à la thérapeutique de cette variété d'abcès ?

Les avantages que je retire depuis plusieurs années de l'emploi de l'eau chlorurée dans le traitement des plaies et des ulcères de mauvaise nature, m'a conduit à appliquer cet agent au traitement des fistules anciennes et rebelles.

En 1858, à l'époque où je remplaçais à la Pitié M. Noël Guéneau de Mussy, j'ai eu occasion pour la première fois de soumettre à l'emploi de ce moyen un jeune homme atteint d'une fistule osseuse inguinale très-profonde, et pour laquelle on avait épuisé sans succès la série de tous les agents thérapeutiques les plus variés. Depuis plusieurs mois on avait renoncé à tout remède actif et ayant pour objet la cure radicale ; on se contentait d'un simple pansement à plat. C'est dans de telles conditions que je mis en usage les injections d'eau chlorurée, qui n'avaient pas encore été employées ; elles furent pratiquées plusieurs fois par jour, avec cette précaution de varier les doses de chlorure suivant l'état des parties, et en moins d'une semaine le trajet fistuleux était entièrement cicatrisé.

C'est le souvenir de ce fait qui m'a engagé tout récemment à recourir aux injections d'eau chlorurée chez une jeune fille de la Maternité. Voici l'observation :

M^lle X***, âgée de vingt ans environ, élève sage-femme, blonde, d'un tempérament lymphatique, est admise le 5 septembre dernier (1863) dans les salles de l'infirmerie pour une angioleucite du membre supérieur gauche. Cette angioleucite avait succédé à une piqûre ou à une légère excoriation de l'un des doigts de la main correspondante, piqûre qui s'était envenimée au contact des lochies de l'une des femmes en couches soignées par cette élève. Des onctions avec l'onguent napolitain belladoné et des cataplasmes émollients appliqués en permanence sur le bras malade suffirent pour faire disparaître en quelques jours les symptômes de la lymphite, et la malade, désireuse de reprendre son service, sortit sans nous parler d'une douleur qu'elle conservait dans l'aisselle gauche.

Cette douleur persista pendant tout le mois de septembre, et ce fut seulement vers le 1^er octobre que la malade se décida à s'en plaindre. Nous pûmes alors constater, à un travers de doigt au-

dessous du pli de l'aisselle et s'adossant à la partie latérale du thorax, une tumeur molle, sans changement de couleur à la peau, sans fluctuation manifeste, mais que nous n'hésitâmes pas à considérer comme un abcès. Topiques émollients; onctions avec la pommade iodurée.

Les jours suivants la tumeur ne grossit pas; la peau ne parut ni s'amincir ni rougir; mais la malade accusait des douleurs vives dans le creux axillaire et jusque sous l'omoplate; il y avait de la fièvre, de l'inappétence, de l'agitation, de l'insomnie. En présence de ces symptômes, je n'hésite pas à ouvrir la tumeur. Un pus séreux très-abondant et mélangé d'une grande quantité de sang noir s'écoula par l'incision. Une sonde cannelée introduite dans la plaie y disparut presque tout entière. Elle permit de s'assurer que nous avions affaire à une vaste poche présentant deux diverticules, l'un qui se portait en avant jusqu'au-dessous du tiers externe de la clavicule, l'autre qui s'étendait en arrière jusqu'à l'omoplate. Je fis maintenir béantes les lèvres de la plaie à l'aide d'une mèche enduite de cérat, qui fut poussée aussi loin que possible dans le foyer purulent.

Le bien-être qui avait succédé le premier jour à l'ouverture de la poche ne persista pas. La tendance de la plaie à se fermer amenait facilement des rétentions de pus qui donnaient lieu à du malaise, de l'anorexie et des redoublements fébriles dans la soirée.

M. Danyau, que je fis appeler alors en consultation, jugea nécessaire un débridement et le pratiqua séance tenante. Dès lors, le pus trouva une issue facile, et tous les accidents causés par la rétention de ce liquide disparurent. L'usage des mèches fut continué, mais il faut bien reconnaître que vers le 15 novembre, c'est-à-dire plus de trois semaines après la seconde incision, l'ampleur de la poche purulente restait la même, la sonde cannelée pénétrait partout à la même profondeur, et, malgré l'emploi d'une médication reconstituante à l'intérieur, nous n'apercevions aucune amélioration dans l'état des parties affectées.

Ce fut alors que je prescrivis les injections d'eau chlorurée. Elles furent pratiquées deux fois par jour dans l'excavation, d'abord à des doses très-faibles, au vingtième, puis au dix-huitième, puis au quinzième, pour tâter la susceptibilité du foyer, puis à des doses progressivement croissantes, jusqu'au dixième environ.

En moins de six jours, les dimensions de l'abcès étaient tellement réduites qu'il n'était plus possible, après ce laps de temps, d'introduire par la plaie fistuleuse des mèches dont la longueur eût

dépassé 2 centimètres. Aujourd'hui, 25 novembre, il ne reste de cette immense poche qui, il y a quelques jours, ne mesurait pas moins, dans le sens vertical, comme dans le sens antéro-postérieur, de 12 à 15 centimètres, qu'une petite cavité à peine susceptible d'admettre l'extrémité de l'index.

En même temps l'état général s'est amélioré; il y a retour des forces, de l'appétit, de la fraîcheur, de l'embonpoint. La jeune malade se lève, s'habille seule, meut son bras sans aucune douleur, assiste aux leçons de ses maîtres, et aurait repris complétement son service, n'était la surveillance à laquelle nous désirons la soumettre jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie.

Si nous avons quelque nouvelle occasion d'expérimenter l'emploi des injections d'eau chlorurée dans le traitement des abcès fistuleux axillaires compliqués d'un vaste décollement, nous nous empresserons de les faire connaître aux lecteurs du *Bulletin*.

Un mot en terminant. Nous n'avons point la prétention ici de présenter comme toute neuve cette méthode thérapeutique; elle a dû être, elle a été, nous n'en doutons pas, plus d'une fois mise en usage. Mais ce n'est pas tant la nouveauté que l'efficacité qui doit toucher le praticien; je me tromperais fort si les espérances que m'a fait concevoir l'eau chlorurée, en tant qu'agent de cicatrisation, ne se réalisaient pas pour les abcès fistuleux de l'aisselle, comme je les ai vues se réaliser pour les plaies et les ulcères de mauvaise nature.

Dr E. Hervieux,
Médecin de la Maternité de Paris.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité de diagnostic médical, ou Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies*, par M. V.-A. Racle, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé de la Faculté de médecine; 3e édit., revue, augmentée et contenant un précis des procédés physiques et chimiques d'exploration clinique, avec figures intercalées dans le texte.

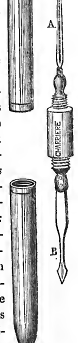
En pathologie, a dit un médecin de Montpellier, tout se passe en anomalies. Il y a du vrai dans cette formule un peu absolue, comme il en pousse trop souvent sur le terrain plantureux de l'école du Midi, mais tout n'y est pas vrai, car s'il en était ainsi, la clinique, la médecine par conséquent, seraient tout simplement impossibles. Que dans la médecine, considérée en dehors des appli-

cations qui en font un des arts les plus utiles à l'humanité, il n'y ait pas de partie plus difficile et qui exige plus de sagacité que le diagnostic, c'est là un fait que l'enseignement de tous les jours met en pleine évidence, et qu'une étude même superficielle de la science du passé met en plus vive lumière encore. Aux sceptiques légers qui nient la possibilité même de notre science laborieuse, aux fronдeurs eupepses qui en font le point de mire de leurs plaisanteries usées, je conseillerais seulement, pour les amener à une appréciation plus saine des choses, de parcourir la table alphabétique que, dans l'intérêt de l'étude et surtout des exigences de la pratique, notre très-distingué confrère, M. Racle, a placée à la fin de son livre. Que de questions posées, et que l'observation multiplie encore tous les jours, et qui, au point de vue du diagnostic, ont reçu successivement une solution précise! Quelles nuances délicates séparent ces espèces nosologiques nettement définies, et qu'il faut nécessairement distinguer pour formuler un pronostic précis, et surtout pour instituer une thérapeutique qui ait quelque chance de se montrer efficace! Parcourez seulement le chapitre des paralysies : dans une foule de cas, quelle sagacité ne faut-il pas pour saisir le point de départ ou la signification pathologique d'accidents en apparence identiques? Les uns, liés à une altération inamovible du tissu nerveux, et souvent fatalement progressive, entraînent nécessairement la mort à courte échéance; d'autres, la paralysie hystérique, par exemple, que sans métaphore excessive quelques médecins allemands ont appelée paralysie de volonté, simple résultat du dynamisme nerveux troublé, peuvent disparaître en quelques instants sous l'impression d'une émotion, comme elles ont pu naître presque instantanément sous la même influence. Voyez encore les maladies du cœur, par quelles nuances délicates et qui échappent souvent à une oreille vulgaire, elles se distinguent les unes des autres, etc., etc. En rendant compte de la première édition de l'ouvrage remarquable et si riche en notions précises sur la caractéristique des maladies, de M. Racle, nous l'avons envisagé dans son ensemble et n'avons point hésité à le présenter à nos lecteurs comme l'expression à la fois la plus correcte et la plus avancée de la science du diagnostic; nous devons nous contenter aujourd'hui de rappeler ce jugement, et nous borner à signaler et à caractériser les intéressantes additions par lesquelles cette troisième édition d'un livre que nous voudrions voir dans les mains de tous se distingue de celles qui l'ont précédée : c'est ce que nous allons faire brièvement.

Une première addition dont tous les praticiens, les élèves même, saisiront de suite la portée pratique, c'est celle qui se remarque en tête de la première partie de l'ouvrage de notre laborieux confrère, et qui a trait au diagnostic des fièvres : non que M. Racle, dans les éditions précédentes, eût omis ce groupe nosologique si nettement défini ; mais, intimement mêlé aux purs traumatismes locaux, il ne s'en détachait point suffisamment avec sa profonde originalité. C'était là une lacune réelle, au point de vue de la didactique de la science, et qui devait frapper d'autant plus les esprits attentifs, qu'elle se présentait comme une sorte de hiatus, si l'on veut nous permettre ce mot, dans l'économie même du livre. Les jeunes médecins et les médecins qui sont toujours jeunes profiteront surtout de cette utile innovation. Comme tout le reste de l'ouvrage, ce chapitre intéressant est marqué au coin d'un esprit sagace, et qui pense toujours en présence des faits. Nous ne ferons sur ce point qu'une remarque ; mais, dans notre pensée, cette remarque a une certaine portée. M. Racle dit quelque part qu'en dehors des grandes agglomérations humaines, la fièvre typhoïde ne se produit que sous la forme épidémique. C'est là, dans notre humble opinion, une complète erreur. Il suffirait certainement à notre laborieux et sagace confrère d'habiter pendant un an seulement la campagne, pour s'assurer qu'en dehors de toute influence épidémique, la fièvre typhoïde la plus nettement accentuée peut se rencontrer et ne se rencontre que trop fréquemment à l'état purement sporadique. Nous avons également été étonné que la fièvre puerpérale proprement dite ait été omise dans ce tableau général des pyrexies. Cette fièvre, quels que soient ses rapports avec le traumatisme anatomique, est gouvernée par une influence générale qui la marque d'un caractère spécial qu'on ne peut méconnaître. Ces remarques faites, nous nous hâtons d'ajouter que ce tableau des fièvres est parfaitement tracé, et complète heureusement l'excellent ouvrage de notre savant confrère. En ajoutant à cette nouvelle édition de son livre l'exposition des principaux procédés physiques et chimiques que la science contemporaine a mis au service de l'exploration clinique, telles que l'ophthalmoscopie, la laryngoscopie, la microscopie, et quelques-unes des analyses chimiques les plus usuelles, qui nous montrent une autre et plus délicate symptomatologie, M. Racle a fait de son livre le véritable enchiridion de tous les médecins qui ont la noble ambition de se maintenir constamment, dans les applications de l'art, à la hauteur de la science.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

De la meilleure manière de pratiquer la vaccination, pour prévenir l'inoculation de la syphilis. — Il serait difficile de citer une opération dont la simplicité surpasse, égale même, celle de la vaccination, et on ne voit pas, au premier abord, de quelle modification suffisamment motivée elle pourrait être encore susceptible. Mais la perfection n'est dans rien. Jusque dans ces derniers temps, la vaccination emportait avec elle l'idée d'immunité complète : les livres classiques s'accordaient à la présenter non-seulement comme une opération extrêmement simple, mais encore comme *exempte de tout danger*. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi : des faits nouveaux se sont produits qui atténuent profondément, s'ils ne l'abrogent pas, la vérité de cette assertion. Il est impossible que les quelques cas authentiques de syphilis transmise par la vaccine, récemment rapportés, n'aient pas jeté des doutes, et tout au moins quelque trouble dans la conscience des praticiens et de beaucoup de nos lecteurs. C'est pour prévenir ces doutes, autant qu'il est en nous, et raffermir la confiance, justement ébranlée, dans une opération d'ailleurs si bienfaisante et si nécessaire, que nous venons signaler les modifications qu'une grande pratique a suggérées à M. le professeur Depaul.




Nous ne dirons rien des précautions à prendre relativement à la santé de l'enfant vaccinifère et de ses parents : c'est un point dont l'importance est trop capitale et trop évidente pour ne pas appeler avant tout les préoccupations du vaccinateur. Nous ne parlerons donc que de l'opération au point de vue des dangers dont elle peut être responsable. La probabilité de ces dangers paraît résider, au moins en partie, dans le mélange du sang avec le virus inoculé : s'il est vrai que la démonstration de ce fait exige encore des preuves au point de vue doctrinal, sa possibilité suffit, en pratique, pour commander l'attention et devenir la source légitime des précautions à prendre; en pareil cas, la simple suspicion vaut presque la preuve. Or, il suffisait de faire un retour vers le passé pour rencontrer un moyen très-simple d'éviter le danger dont il s'agit, ou du moins de se

mettre à l'abri des appréhensions que fait naître sa possibilité : le moyen c'est l'aiguille substituée à la lancette. Il y a longtemps que l'aiguille a été mise en usage, dans le but de dépenser moins de virus. Sacco se servait d'une aiguille légèrement aplatie vers la pointe et cannelée dans le sens de sa longueur ; Husson employait également une aiguille cannelée, qu'il remplaça ensuite par une lancette particulière et bien connue. Il appartient à M. Depaul d'avoir remis en honneur l'aiguille, dont l'usage entraîne désormais l'idée d'un but des plus graves, celui de la préservation d'un mal plus terrible peut-être que celui que la vaccination est destinée à prévenir. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le dessin d'une aiguille à vacciner, fabriquée par M. Charrière, et dont la description serait superflue. Cette aiguille permet, et c'est là sa destination essentielle, d'ouvrir les boutons de vaccine sans les faire saigner : de plus, elle a l'avantage, qui n'est pas à dédaigner, de dépenser très-peu de virus pour un grand nombre d'inoculations. A tous ces points de vue, son emploi mérite donc d'être généralisé et complétement substitué à celui de la lancette.

---

Nouvelles sondes en caoutchouc vulcanisé ; des services qu'elles sont appelées a rendre a la pratique. — L'introduction du caoutchouc dans la thérapeutique chirurgicale a créé tout un champ de ressources nouvelles, qui tend sans cesse à s'élargir. L'emploi des tissus élastiques et les nombreux bénéfices que l'art peut en retirer n'ont pas trouvé seulement, dans ce recueil, le concours habituel de sa publicité, qui est acquis à toute innovation marquant un véritable progrès scientifique ; ils ont de plus été, de sa part, l'objet d'une initiative toute spéciale. Mais le *Bulletin* n'aime pas à se hâter, persuadé qu'en matière d'appréciation thérapeutique, même de thérapeutique chirurgicale, l'on ne saurait trop attendre et expérimenter à nouveau avant de porter un jugement définitif, témoin les sondes en gutta-percha. Ce seul motif nous avait jusqu'ici empêché de parler d'un nouveau moyen que nous connaissions cependant, et dû à l'habile fabrication de M. Galante, les sondes en caoutchouc vulcanisé. Mais aujourd'hui que l'expérience sur ce moyen nous paraît faite ; que la Société de chirurgie a émis son jugement par l'organe de plusieurs de ses membres ; qu'un maître hautement autorisé, M. le professeur Nélaton, a formulé son approbation, nous serions mal venu à ne pas porter à la connaissance de nos lecteurs une ressource nouvelle qui

se présente désormais avec toutes les garanties d'une épreuve suffisante et d'une efficacité reconnue.

La première et fondamentale qualité des sondes en caoutchouc vulcanisé est inhérente à la matière même dont elles sont formées : c'est la *flexibilité*. Grâce à celle-ci, elles se plient et se prêtent à toutes les inflexions et courbures normales et anomales ; elles préviennent par là les *fausses routes* : c'est là, il est à peine besoin de le dire, un avantage inappréciable, qui confère à ces sondes, sur toutes les autres, une incontestable supériorité. De plus, cette même flexibilité s'oppose à la possibilité de la perforation de la vessie, accident qui, ainsi que l'a très-bien expliqué M. Mercier, peut facilement se produire quand on fait usage d'une sonde rigide et droite. La vessie, en effet, se contractant sur l'extrémité de l'instrument qui fait saillie dans sa cavité, il en résulte une pression continue sur un point déterminé, laquelle finit par amener une escarre, et par la suite une perforation de l'organe. La sonde en caoutchouc, au contraire, plie et cède sous les contractions vésicales, et met ainsi à l'abri de tout accident de cette nature.

L'extrême souplesse qui, comme on le voit, constitue le principal avantage de ces sondes ne les empêche pas de jouir en même temps d'une solidité et d'une inaltérabilité exceptionnelles. Il est aisé de pressentir que, par cela même qu'elles plient avec une extrême facilité, elles ne peuvent se rompre. Il n'y a pas le risque d'en voir un fragment rester soit dans le canal de l'urètre, soit dans la vessie. D'un autre côté, elles ne sont pas, comme les sondes dites en gomme élastique, susceptibles de s'érailler, de se boursouffler, de devenir rugueuses à leur surface, et de provoquer, par ces modifications, des sensations pénibles et même douloureuses dans le canal, en même temps qu'elles favorisent les incrustations calcaires. « Je pourrais, dit M. Nélaton, citer telle personne qui voyage conservant sa sonde (en caoutchouc), sans être le moins du monde incommodée de sa présence. »

L'inaltérabilité du caoutchouc vulcanisé a été mise à l'épreuve ; elle est remarquable. Le malade cité encore par M. Nélaton avait gardé sa sonde pendant douze jours, et après qu'elle eut été lavée à grande eau, elle était aussi nette que le premier jour. Une sonde en caoutchouc mise par M. le docteur Foucher sous les yeux de ses collègues de la Société de chirurgie, et en usage dans son service de Bicêtre journellement depuis trois mois, ne présentait pas la moindre altération.

L'introduction de ces sondes se fait avec la plus grande facilité

et sans mandrin. Elles peuvent aussi être introduites avec le mandrin, mais à la condition d'user alors d'un petit artifice qu'il est bon de connaître : c'est de tirer suffisamment sur la sonde, de façon à l'allonger sur le mandrin ; on s'oppose ainsi à la tendance naturelle qu'a le tissu à se raccourcir, en vertu de son élasticité.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des indications que ces nouvelles sondes sont appelées à remplir, et que les développements dans lesquels nous venons d'entrer relativement à leurs propriétés et avantages, font d'ailleurs suffisamment pressentir. Nous devons dire toutefois que dans le rapport qu'il a été chargé de faire sur elles à la Société de chirurgie, M. Foucher est porté à récuser complétement leur emploi dans les cas de rétrécissement ; il pense qu'il n'y a pas d'avantage à les laisser à demeure, et qu'elles se fixent difficilement, bien que pourtant on y parvienne. Elles lui ont paru, en outre, plus irritantes pour la muqueuse urétro-vésicale que les sondes ordinaires, et il cite à l'appui de cette opinion l'existence d'une blennorrhagie qu'il aurait vue se déclarer chez un malade, dans l'urètre duquel une de ces sondes avait été maintenue pendant trois jours. Ce qui se passe quelquefois avec les pessaires en caoutchouc nous avait donné à nous-même l'appréhension de la possibilité de semblables accidents avec les sondes. Cependant nous venons de voir les assertions de M. Nélaton ne légitimer en aucune façon ces craintes, et par conséquent contredire entièrement l'opinion de M. Foucher.

M. Morel-Lavallée se montre bien plus radical encore dans ses objections directement adressées au rapport de M. Foucher. Contrairement à ce chirurgien, et d'accord avec M. Nélaton, M. Morel-Lavallée, qui emploie depuis longtemps les sondes en caoutchouc, se croit autorisé à déclarer qu'elles sont les plus innocentes de toutes celles dont on fait usage, et irritent beaucoup moins le canal ; que, loin d'être contre-indiquées dans les rétrécissements, elles jouissent, au contraire, dans ce cas, d'une supériorité marquée. Tandis qu'en effet les sondes ou bougies ordinaires, une fois introduites, ne peuvent que s'opposer à une coarctation nouvelle de la dilatation déjà obtenue, le caoutchouc, substance éminemment élastique, après avoir pénétré dans un rétrécissement, en se pliant à son plus petit diamètre, agit sans cesse sur le rétrécissement par sa tendance à recouvrer son volume primitif. Dans un cas de rupture de l'urètre, où la cicatrice menaçait de rétrécir très-notablement le canal, M. Morel-Lavallée a obtenu, au moyen des sondes en caoutchouc, en deux ou trois jours, une dilatation considérable

que n'auraient certainement pas produite les sondes ordinaires. Les rétréeissements extrêmes s'opposent seuls à l'introduction de ces sondes; mais, ajoute M. Morel-Lavallée, il est avantageux d'y recourir aussitôt qu'à l'aide des bougies ordinaires on a obtenu une dilatation suffisante.

Quoi qu'il en soit de ces quelques points de litige, que l'avenir ne tardera pas à juger, il est impossible de dénier aux sondes en caoutchouc les nombreux avantages que nous avons essayé de faire sommairement ressortir. Il en est un surtout que l'on ne saurait trop mettre en relief, et qui fait de ces sondes un instrument précieux et unique pour les besoins si périlleux du cathétérisme pratiqué par le malade lui-même, c'est l'impossibilité de la fausse route et de la rupture de la sonde. Nous sommes donc, en terminant, suffisamment autorisé à répéter avec l'éminent chirurgien de l'hôpital des Cliniques « qu'il y a là un progrès réalisé, et que les sondes en caoutchouc vulcanisé sont appelées à rendre de grands services dans la pratique. »

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

### REVUE DES JOURNAUX.

**Bons effets de l'alcool à haute dose dans quelques cas d'accès d'asthme.** Dans son excellent traité de l'asthme, M. Hyde Salter, de même que tous les auteurs et les praticiens, est d'avis que les spiritueux doivent être proscrits du régime des asthmatiques. C'est une opinion qui, depuis la publication de son livre, n'a pas changé chez l'honorable professeur : il pense toujours que pour ces malades l'eau pure est la meilleure de toutes les boissons. Cependant, il a eu occasion de voir des exemples démontrant, dit-il, que dans certains cas l'alcool possède à un haut degré le pouvoir d'arrêter ou de prévenir les accès de cette cruelle maladie.

M. Hyde Salter rapporte trois faits de ce genre.

Dans le premier il s'agit d'une dame de cinquante-cinq ans, qui, atteinte d'asthme depuis trente ans, avait consulté un grand nombre de médecins, et avait employé tous les remèdes possibles : le papier nitré, les éthers, la chlorodyne, la stramoine, l'infusion forte de café, la lobélie enflée, les émétiques, etc. Aucun moyen n'avait produit le moindre soulagement, à l'exception d'un seul, qui n'avait jamais manqué son effet, à savoir le *whisky* (eau-de-vie de grains). Le sujet de la seconde observation était également une dame, âgée de quarante-cinq ans, et malade depuis quatorze : de même que la précédente, elle avait essayé de tous les remèdes usités dans l'asthme, et sous toutes les formes; elle n'en avait retiré aucun bénéfice, et n'avait trouvé de soulagement que grâce à l'usage du *gin* (eau-de-vie de genièvre), qui lui avait été recommandé par une de ses amies. Le troisième cas est celui d'un monsieur, client de notre confrère, et celui de ses malades chez lequel il a vu l'asthme paroxystique atteindre le plus haut degré de violence. Pour ce qui est des moyens mis en usage chez lui, tous, dit M. Salter, ont été essayés, et jamais aucun résultat digne d'être mentionné n'a pu être constaté. Le seul agent qui procurât quelque soulagement était le chloroforme administré à dose assez forte pour amener l'insensibilité et le sommeil; mais l'accès reprenait dès que se dissipait l'action anesthésique. Un jour, ayant entendu dire par sa domestique qu'elle avait été témoin d'un accès d'asthme

arrêté au moyen d'un mélange d'eau-de-vie et d'eau chaude, il voulut en essayer, et ayant été considérablement soulagé, il a continué depuis à en faire usage et s'en trouve très-bien. — Malheureusement il y a à l'emploi de cet agent un grave inconvénient, c'est qu'après avoir commencé par des doses modérées, il faut les accroître graduellement pour obtenir le même bénéfice, et alors se développent avec plus ou moins d'intensité les effets des spiritueux. C'était un grand chagrin pour une des malades ci-dessus d'être obligée d'en venir là : mais que faire, disait-elle, et comment se résigner à subir de telles souffrances, quand on a un remède sûr sous la main ?

Quant au mode suivant lequel les alcooliques peuvent agir dans l'asthme, M. Hyde Salter pense que c'est à la manière de tous les stimulants, tels que le café, les fortes émotions morales, etc., qui, en vertu de ce qu'il appelle une « dérivation nerveuse, » faute d'autre expression, arrêtent le développement d'un accès d'asthme, de la même manière qu'on voit, sous des influences analogues, une attaque d'épilepsie s'arrêter à son début.

Quoi qu'il en soit de cette explication théorique, notre confrère indique, d'après ce qu'il a observé, les règles suivantes pour l'emploi des boissons alcooliques contre l'asthme, dans les cas où il pourrait sembler utile d'en tenter l'effet. L'alcool ne doit pas être donné comme faisant partie du régime, c'est-à-dire aux repas, ni être pris par petites quantités répétées graduellement. — Il faut au contraire l'administrer de suite à dose suffisante pour développer son action physiologique. — Les formes les plus concentrées sont les meilleures, l'eau-de-vie (*brandy*), le whisky, le gin, les formes plus faibles étant inefficaces en proportion de leur dilution. — Pour une raison ou pour une autre, mais probablement parce qu'il en résulte un accroissement de stimulation, l'alcool, dans de tels cas, doit être pris chaud, non pas tiède, mais très-chaud. — Enfin la continuation de son usage réclame l'augmentation constante des doses, sans quoi les mêmes effets cesseraient d'être obtenus. (*Lancet*, novembre 1863.)

---

**Intoxication saturnine due à l'usage médicinal d'un sel de plomb.** Le fait suivant présente un double intérêt : il montre une fois de plus les dangers des médications par l'emploi des sels de plomb, trop regardées comme inoffensives, et sous un autre point de vue, comme l'administration du médicament a eu lieu sous les yeux du médecin, on peut calculer exactement quel temps et quelles doses ont été nécessaires pour produire l'empoisonnement.

Un paysan de trente-trois ans, traité à l'hôpital du Collége de l'Université pour une phthisie pulmonaire, ayant été pris de diarrhée, on lui ordonna, le 7 juillet, 3 pilules par jour, dont chacune contenait 10 centigrammes d'acétate de plomb et 2 centigrammes 1/2 d'opium pulvérisé. — Les jours suivants, la dose d'acétate de plomb fut réduite à 20 centigrammes par jour. Le 2 août, le malade se plaignit de douleurs colliquatives dans l'abdomen, et, le 4, un liséré bleu apparut sur ses gencives. On suspendit aussitôt l'emploi du sel de plomb. Le 8 août, les douleurs de l'abdomen ont cessé ; élancements fugitifs dans les membres et le dos. Le liséré gingival est encore très-perceptible. — Il alla en diminuant jusqu'au 17, jour où il aurait fallu un observateur très-exercé pour le découvrir. (*British medical journal*, octobre 1863.)

---

**Traitement des brûlures par la pommade soufrée.** M. Myrtle recommande, pour le traitement des brûlures au premier et au deuxième degré, les pansements faits avec des linges fenêtrés enduits de pommade soufrée. Ce mode de pansement n'exerce pas seulement une influence favorable sur la marche des brûlures, il a en outre, suivant l'auteur, l'avantage de calmer rapidement les douleurs dont les parties brûlées sont le siége, en produisant une impression agréable de fraîcheur. La pommade soufrée doit être appliquée en couche assez épaisse sur le linge troué. Employée en trop petite quantité, elle produit facilement des croûtes qu'il faut enlever à chaque pansement. L'auteur recommande d'ailleurs de renouveler le pansement dès que la sensation de fraîcheur agréable est remplacée par une sensation inverse. Nous doutons fort que le traitement ainsi formulé soit applicable aux brûlures de quelque étendue, où ce n'est certes pas ménager la sensibilité des malades que de faire des pansements fréquents. M. Young Myrtle dit avoir

employé en outre avec succès la pommade soufrée pour faire avorter des pustules de variole à la face. (*Répert. de pharmacie*, novembre 1863.)

---

**Effets physiologiques du bromure d'ammonium.** Le docteur Gibb résume dans les conclusions suivantes les propriétés médicinales du bromure d'ammonium :

1° A petites doses, plus ou moins longtemps continuées, le bromure d'ammonium agit comme tonique et absorbant ; cette action est principalement exercée sur la peau et les muqueuses.

2° Lorsqu'il est employé pendant un certain temps et d'une façon régulière, il diminue le poids du corps en favorisant la résorption de la graisse.

3° Il favorise l'activité intellectuelle, développe les forces corporelles et conduit à un fonctionnement organique régulier.

4° Localement il possède une influence adoucissante sur les membranes muqueuses, et diminue leur sensibilité en raison proportionnelle de la dose employée.

5° Les fortes doses fréquemment répétées ou données à des intervalles éloignés, ont une influence très-marquée sur tout le système muqueux ; elles affectent les sens principaux, en produisant une altération de la sensibilité des muqueuses qui tapissent les organes de ceux-ci.

6° Les symptômes d'empoisonnement ne sont produits que par des doses très-considérables ; ils ressemblent à ceux du bromure de potassium. Employé à des doses moyennes, le sel d'ammonium a des effets plus certains, et offre moins d'inconvénient que le sel de potassium ; il ne cause ni diarrhée, ni diurèse, tandis que ses propriétés spéciales se manifestent plus tôt. (*Ass. britan. pour l'avancement des sciences*, 1863.)

---

## TRAVAUX ACADÉMIQUES.

**Procédé pour éviter la lésion du corps thyroïde, et l'hémorrhagie qui peut s'ensuivre, pendant la trachéotomie.** On s'est habitué à ne point redouter l'hémorrhagie pendant la trachéotomie, et cela pour plusieurs motifs : l'hémorrhagie artérielle est tellement exceptionnelle et même si peu possible, quand on suit bien les règles opératoires, qu'il est à peine besoin de s'en préoccuper. C'est donc surtout d'un écoulement de sang veineux qu'il s'agit : or, cet écoulement ne survit pas à l'ouverture de la trachée ; et puis, on le craint moins par cela même qu'il est veineux. Cette sécurité est-elle complétement légitimée ? N'y aurait-il pas lieu de prêter un peu plus d'attention aux réelles et fâcheuses conséquences que peut avoir la perte d'une quantité de sang veineux, qui d'ailleurs reste ordinairement sans évaluation précise, chez un très-jeune enfant déjà fort débilité par les phénomènes asphyxiques ? Est-on suffisamment édifié aussi sur la réalité des effets soit immédiats, soit consécutifs de l'introduction et de la présence d'une plus ou moins grande quantité de sang dans la trachée et dans les bronches ? A coup sûr, les questions que nous ne faisons qu'exposer ici, exigeraient une solution dans l'intérêt de la pratique. M. le docteur Legros, d'Aubusson, qui les a indirectement soulevées, s'est plus particulièrement préoccupé de l'hémorrhagie artérielle et d'une source de cette hémorrhagie qui jusqu'à présent avait peu attiré l'attention. Il peut arriver que, dans une opération de trachéotomie, on rencontre le corps thyroïde hypertrophié, et que, notamment, l'isthme de cet organe présente un développement insolite. La division, dans ce cas, des artères intrinsèques, anomalement volumineuses, peut donner lieu à une hémorrhagie inquiétante : comment y parer ? Dans un cas semblable, rapporté dans la thèse de M. Millard, on ne fit même pas de ligature ; la compression ultérieurement exercée par la canule suffit à arrêter le sang fourni par les artères de l'isthme. En pareille circonstance, dit le savant rapporteur du travail de M. Legros, M. le professeur Gosselin, je conseillerais d'inciser avec précaution, de lier les artères à mesure qu'elles seraient divisées, d'écarter, si on le pouvait, les grosses veines, de couper les autres et d'ouvrir la trachée comme à l'ordinaire. M. le docteur Legros propose un autre procédé, qui consiste à décoller avec un instrument mousse, la sonde cannelée, l'isthme trop volumineux, à l'accrocher et à le tenir soulevé après ce décollement, à examiner s'il y a derrière lui quelque

veine considérable, et à diviser celle-ci entre deux serres-fines, à ouvrir enfin la trachée au-dessus et en arrière de l'isthme, en se réservant de couper ultérieurement ce dernier avec l'écraseur linéaire, s'il gênait le maintien de la canule. *Ecartement* et *non division* de l'isthme thyroïdien, dans les cas où il est anomalement développé, tel est, en deux mots, le nouveau précepte opératoire proposé par M. Legros. Il l'a mis en usage chez un enfant de quatre ans : ce n'est pas toutefois, chez des sujets de cet âge, mais plutôt chez l'adulte, qu'il faut s'attendre à en rencontrer l'indication. Nous devons ajouter, pour prévenir toute appréhension relative à un dérangement consécutif de la santé pouvant venir de ce décollement de l'isthme thyroïdien, que l'enfant opéré par M. le docteur Legros est parfaitement guéri depuis plus de quatre ans. (*Bullet. Acad. de méd.*, octobre 1863.)

**Ictère épidémique chez les femmes enceintes.** Le mémoire de M. le docteur Bardinet (de Limoges), dont la lecture a justement captivé l'attention de l'Académie, a pour but de développer, en les appuyant de faits nouveaux, les propositions suivantes : 1° L'ictère peut se produire d'une manière épidémique chez les femmes enceintes; 2° il se manifeste alors à trois degrés différents ; 3° tantôt il reste à l'état d'ictère simple ou bénin, ne contrarie en rien la grossesse, et la laisse arriver heureusement à son terme ; 4° tantôt, présentant un premier degré de malignité, il constitue ce qu'on pourrait appeler l'ictère abortif, et détermine soit un avortement, soit un accouchement prématuré, sans autres suites fâcheuses; 5° d'autres fois, enfin, il prend franchement le caractère d'ictère grave ou malin, et détermine des accidents ataxiques et comateux qui entraînent rapidement la mort de la mère et de l'enfant.

L'auteur a puisé les éléments de ces propositions dans une épidémie d'ictère, qui s'est développée à Limoges à la fin de 1859 et au commencement de 1860.

Cette épidémie n'a pas porté seulement sur les femmes enceintes, elle a aussi frappé le reste de la population ; mais elle a exercé sur les femmes enceintes une action particulière, et présenté chez elles une gravité exceptionnelle, qui contrastait avec la bénignité à peu près absolue qu'elle présentait chez les autres malades. (*Acad. de méd.*, octobre 1863.)

**Ponction sous-pubienne de la vessie.** Ce procédé a été imaginé par M. Voillemier pour ouvrir une voie nouvelle à l'urine dans le cas où le cathétérisme est impossible, et où la ponction hypogastrique ne peut être appliquée.

Quand la verge est abandonnée à elle-même, dit-il, elle est comme accolée à l'arcade du pubis; mais lorsqu'on la tire en bas et en arrière, elle affecte des rapports très-différents. Si on enlève la peau qui recouvre le pubis et la couche graisseuse qui la double, on découvre le ligament suspenseur entouré de tissu adipeux. Il faut isoler ce ligament, et on voit qu'il se compose de deux parties : l'une, antérieure, se perd sous l'enveloppe de la verge et se confond supérieurement avec l'aponévrose abdominale; l'autre, plus profonde, s'insère en haut sur la symphyse et inférieurement sur le fourreau fibreux des corps caverneux, à leur point de jonction. Cette dernière partie est peu extensible; l'autre, au contraire, se laisse distendre et permet d'éloigner la verge du pubis. Immédiatement au-dessous de l'arcade, de chaque côté du ligament suspenseur, sont deux plans fibreux percés de trous pour le passage des vaisseaux et des nerfs ; plus en arrière se trouve une trame fibreuse qui sert de soutien aux vaisseaux qui forment les plexus prostatiques. Si on enlève ces parties tout en conservant le ligament suspenseur, on voit qu'il existe entre la verge et le pubis un espace d'autant plus large qu'on l'examine plus profondément, à cause de l'écartement des corps caverneux.

Mettant à profit ces dispositions anatomiques, M. Voillemier procède ainsi :

Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement écartées; un coussin épais est placé sous le bassin, de manière à le faire basculer et à ramener le pubis en avant; autrement on serait gêné par la tumeur que forme l'abdomen. Un aide, placé à la gauche du lit, prend la verge du malade et la tire en bas et en arrière. Debout à la droite du malade, je commence par reconnaître avec l'indicateur de la main droite le ligament suspenseur, et avec la main gauche j'enfonce à côté de ce ligament un trocart courbe, de manière

à contourner le pubis. Pendant ce mouvement je soutiens et je dirige l'instrument avec la main droite pour éviter toute échappée. Ce temps de l'opération exige une certaine attention. Si on ne se rend pas bien compte du plan incliné que présente la face antérieure du pubis et la position assez profonde de son bord inférieur, on s'expose à basculer trop tôt le trocart, dont la pointe rencontrerait les os. Une fois dans la vessie, la canule, débarrassée du poinçon, est bouchée et fixée.

L'opération a été pratiquée avec succès par M. Voillemier, le 14 octobre dernier, à l'hôpital Saint-Louis. La cicatrisation de la plaie s'est faite en quarante-huit heures. Aujourd'hui il ne reste d'autre trace de la ponction qu'un cordon fibreux indiquant la route qu'a suivie l'instrument. (*Acad. de méd.*, novembre 1863.)

---

**Sur les inconvénients et les dangers des cautérisations intra-utérines profondes.** M. Nonat vient d'adresser à l'Académie des sciences les remarques suivantes, à propos de l'immunité que M. le professeur Courty (de Montpellier) accorde à la cautérisation des cavités utérines.

On est surpris, dit-il, en lisant ce travail, des succès si nombreux et si constants annoncés par l'auteur. Il affirme, en effet, n'avoir jamais vu survenir aucun accident, ni primitif, ni secondaire, dans trois cents cas de cautérisation actuelle de la cavité cervicale de l'utérus, non plus que dans cinq cents observations de leucorrhée chronique ou de granulations intrà-utérines, traitées au moyen du crayon de nitrate d'argent fondu, laissé à demeure dans la cavité de la matrice.

Nous sommes obligé de convenir que ces deux modes de cautérisation de l'utérus sont loin d'avoir fourni des résultats aussi avantageux à Paris qu'à Montpellier. Je pourrais citer ici plusieurs faits empruntés soit à ma pratique, soit à celle de confrères très-distingués, particulièrement de Chomel et d'Aran, de MM. Richet, Jobert de Lamballe, Demarquay, Leudet, etc., qui témoignent des dangers que peut entraîner la cautérisation énergique et profonde des cavités utérines, telle que la préconise M. Courty.

Il est incontestable que des rétrécissements et même des oblitérations du conduit utérin peuvent être la conséquence de la cautérisation avec le fer rouge, ou de la cautérisation au nitrate d'argent fondu abandonné dans la cavité utérine, suivant le procédé de M. Richet (car ce chirurgien avait employé ce mode de cautérisation dès l'année 1850, c'est-à-dire bien avant le professeur de Montpellier). Mais un accident plus fréquent et plus redoutable encore, c'est la production de phlegmasies péri-utérines suraiguës et pouvant amener la suppuration et la mort.

M. Courty n'a même pas signalé l'éventualité de ces funestes complications; et ses conclusions trop optimistes sont de nature à inspirer une sécurité dangereuse à ceux qui seraient tentés de l'imiter. Une longue expérience m'a démontré combien il est essentiel de se défier de la prétendue innocuité des cautérisations intrà-utérines profondes, de se garder d'abuser de cette pratique, de n'y avoir recours qu'à bon escient et avec la plus grande circonspection.

M. Courty ne voit d'autre contre-indication à l'emploi du fer rouge ou des caustiques que l'existence bien avérée d'un état inflammatoire de l'utérus. A mes yeux, il est une contre-indication plus importante et plus formelle encore, c'est la présence des phlegmasies de la région péri-utérine, qui coexistent si souvent avec les maladies de la matrice. J'ai assez longuement développé ce point de pratique dans mon *Traité des maladies de l'utérus* et dans un travail spécial inséré dans la *Revue médicale de Paris*, pour qu'il soit inutile aujourd'hui d'insister davantage sur ce sujet. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, novembre.)

---

**Sur le principe toxique du coriaria myrtifolia ou redoul.** Le redoul est un arbrisseau originaire du Languedoc, que l'on cultive dans les jardins à cause de son feuillage. Ce sont ses fruits bacciformes qui ont donné lieu aux divers cas d'empoisonnement consignés dans la science, mais les autres parties du végétal ne sont pas moins pernicieuses. Nous signalons les recherches de M. Riban, parce que les jeunes feuilles du redoul servent quelquefois à falsifier le séné. C'est en France, dans nos ports de la Méditerranée, que se fait ce mélange coupable, qui transforme un médicament en un agent toxique. On ne se met sûrement à l'abri de ce danger qu'en prescrivant les follicules. Quoi qu'il en soit, il y a

un intérêt pour nous à connaître les propriétés délétères du redoul.

A la suite d'une série d'expériences sur les animaux, M. Riban déduit les conclusions suivantes :

Le redoul doit ses propriétés vénéneuses à un glycoside, la coriamyrtine, qui détermine des convulsions semblables à celles que produit la plante elle-même. Les effets sont énergiques; 0gr,2 de substance administrés à un chien de forte taille, et rejetés en partie et presque aussitôt par les vomissements, ont produit des convulsions horribles au bout de vingt minutes, et la mort en une heure quinze minutes. Pour obtenir une action violente et rapide sur les lapins, 0gr,08 environ suffisent. Une injection sous-cutanée contenant 0gr,02 de substance tue un lapin en vingt-cinq minutes. Les phénomènes principaux que produit la coriamyrtine sont les suivants : secousses vives de la tête, se communiquant à tous les membres, convulsions cloniques et tétaniques revenant par accès, contraction de la pupille, trismus, écume à la bouche. Les animaux succombent à l'asphyxie et à l'épuisement nerveux.

Les lésions cadavériques les plus importantes sont : l'état de plénitude des vaisseaux gorgés de sang brun coagulé dans le cœur droit et gauche, dans l'artère pulmonaire, la veine cave inférieure, les taches brunes des poumons, l'injection des méninges. La rigidité cadavérique apparaît avec une grande rapidité. La coriamyrtine n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse intestinale ; elle ne détruit pas la contractilité musculaire propre. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, novembre 1863.)

**Identité des électricités dynamiques et statiques.** Voici les conclusions que MM. Ferran et Henri Favre tirent d'une première série d'expériences :

« Il existe une *force diffuse*, entrevue déjà par quelques-uns, mais trop insuffisamment démontrée jusqu'ici pour qu'on pût l'admettre sans restriction dans le domaine de la science. — Cette force, qui sans nul doute joue le rôle de moteur général et dans la météorologie et dans les transactions dynamiques de la nature, est susceptible de conduction et d'utilisation. — L'électricité, la chaleur, la lumière, ne sont que des modes de cette force, qui reste *une* en son principe, comme on l'a soupçonné depuis si longtemps et comme on a tenté de le démontrer de nos jours par ce qu'on a appelé la *corrélation* des forces physiques. — La marche de cette force est d'aller du diffus au concentré, à mesure qu'elle doit revêtir l'état de puissance active dans un ordre de *série* qu'il restera à déterminer plus tard. — Cette force est susceptible de traverser les liquides, et d'en sortir tout à la fois et à l'état lumineux et sous forme de vent. — Enfin cette force, par suite des diverses *tensions* et *limitations* que lui fournit la résistance de la matière, est le grand générateur du mouvement, ou plutôt la représentation active du mouvement lui-même.

D'une seconde série d'expériences, les auteurs concluent encore que :

La force diffuse ambiante est attirée et tend à se concentrer sous l'influence d'une force tensionnelle quelconque. Les aspects de cette force varient lorsqu'on fait varier les conditions de support ou d'artifices *dynamophoriques*, mais ils sont toujours les mêmes dans les mêmes conditions.

L'*induction* et l'*aimantation* sont purement et simplement une *particularisation* de cette force diffuse, se proportionnant comme mode et comme intensité à un ordre de tension préétablie ou prédéterminée.

Les phénomènes d'*attraction* et de *répulsion* ne sont pas autre chose qu'une *propulsion exercée sur un corps mobile* par la force diffuse vers la force tensionnelle, *et vice versâ*. » (*Acad. de méd.*, octobre 1863.)

## VARIÉTÉS.

*De la contention des hernies réductibles : bandage anglais.*

Une des branches de la chirurgie restauratrice les plus importantes est celle de la contention des hernies. La fréquence de l'affection, les incommodités et surtout les périls auxquels elle expose les individus qui en sont atteints ont

fini par faire entrer son étude dans le domaine de la chirurgie. Aujourd'hui il n'est pas de traité un peu complet qui n'aborde ce sujet; mais la plupart des auteurs considèrent seulement le côté pathologique de la question. Quant aux déductions pratiques, c'est-à-dire à la meilleure forme à donner au bandage pour mettre les malades à l'abri des inconvénients de leur infirmité, c'est à peine s'ils daignent en dire un mot ; aussi les praticiens, imitant leur dédain, livrent leurs clients hernieux aux soins aveugles de la masse des bandagistes.

Un seul chirurgien forme une honorable exception : depuis plus de vingt années, dans des leçons professées à l'amphithéâtre du bureau central des hôpitaux, puis dans son cours de médecine opératoire à la Faculté de médecine, M. le professeur Malgaigne a montré l'importance de cette question de clinique chirurgicale envisagée d'une manière complète. Un nombre considérable des hernieux sur lesquels il faisait l'épreuve de toutes les espèces de bandages, principalement les modèles les plus en vogue, étaient présentés aux assistants, afin de leur prouver que l'expérience seule dictait les jugements qu'il portait sur la valeur de chacun de ces bandages.

Dans l'étude comparée que nous devons faire des diverses espèces d'appareils herniaires, nous nous bornerons à être un écho de cet enseignement précieux.

Pour inciter le zèle des praticiens en faveur de leurs clients hernieux, nous débuterons par leur rappeler qu'en dehors des chances d'étranglement, dont la gravité est connue de tous, les hernies, ainsi que l'a prouvé M. Malgaigne, abrégent d'une manière notable la durée de la vie de ceux qui en sont atteints soit dans l'enfance, soit dans la vieillesse, soit dans les âges intermédiaires. On comprend par là combien le traitement de cette infirmité, c'est-à-dire la contention de la hernie, l'emporte en importance sur l'acte chirurgical appelé à lever l'étranglement. Ce traitement n'est pas seulement palliatif : quand il intervient dans les premiers temps de la production de la hernie, que les sujets sont jeunes, que le choix du bandage est judicieux et son application bien surveillée, il peut conduire à une cure radicale. Si les praticiens le voulaient, les exemples en seraient plus fréquents.

Nous ne pouvons aborder ici le côté historique de notre sujet ; cette étude nous conduirait trop loin, et sans profit pour le but que nous poursuivons. Nous nous bornerons à produire les divers modèles auxquels les praticiens doivent donner la préférence.

De tous les bandages herniaires, celui que M. Malgaigne place en première ligne est l'appareil spécialement connu en France sous le nom de *bandage anglais*. Inventé au début de ce siècle, par un mécanicien de Londres, affecté lui-même de hernie, le modèle de Salmon rompait avec tous les errements suivis jusqu'à lui. En effet, son ressort embrasse le côté opposé à celui où existe la hernie, la pelote est mobile dans tous les sens, il s'applique sans sous-cuisse. Aussi, lorsqu'en 1816 M. Wickham père l'importa en France, ces innovations furent l'objet des plus vives critiques de la part des chirurgiens et même des corps savants. La nouveauté des moyens, qui le fit repousser par les hommes de l'art, fut au contraire la cause de son succès près des malades, qu'elle séduisit, et comme ce modèle contenait leur hernie en les gênant moins que les bandages français, sa vogue devint telle que les contrefaçons, cette consécration des bonnes choses, ne tardèrent pas à se produire. « Parmi ces contrefaçons, dit M. Malgaigne, les plus célèbres furent celles de M. Valérius, honorée de l'approbation de la Faculté de médecine, et celle de

M. Burat, qui obtint l'approbation de l'Académie. Qu'il me soit permis de dire de suite que toutes ces approbations de sociétés savantes, que toutes ces critiques des chirurgiens, ne sont fondées sur rien autre chose que de frivoles imaginations, et qu'elles font sourire jusqu'aux bandagistes qui en ont profité. On blâmait dans le ressort anglais ce qu'il avait de bon; on louait dans les contrefaçons ce qu'elles présentaient de pire, tant l'expérience est venue démentir les prévisions de la théorie !... » M. Malgaigne a fait appel au seul critérium qui doit régir les sciences médicales, l'observation ; et c'est parce que ses jugements sont basés sur une longue expérimentation clinique que nous n'hésitons pas à les produire.

Voici en quoi consiste la construction du bandage anglais. Comme sa forme varie suivant la nature et le nombre des hernies, il faut examiner chacun de ces appareils séparément.

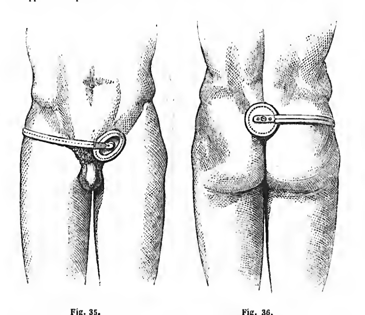


Fig. 35. Fig. 36.

*Bandage pour hernie inguinale simple.* — Ce modèle se distingue du brayer français, en ce que le ressort, nous venons de le dire, passe sur la hanche du côté opposé à la hernie, il ne comprime le corps que sur deux points diamétralement opposés : la région inguinale (fig. 35) et le sacrum (fig. 36); il n'y a ni décomposition ni perte de force, tout est employé utilement, et en conséquence on obtient de plus grands effets avec une moindre dépense. Les deux bouts du ressort, qui forme une ellipse, se refermant en dehors de la ligne médiane du corps, c'est-à-dire sur un diamètre moins étendu qu'il ne l'est à cette ligne médiane, le ressort n'a nulle tendance à s'ouvrir et à glisser du côté où il est appliqué, comme ferait le ressort français s'il n'était retenu par une courroie ; de telle sorte que dans beaucoup de cas il peut se passer non-seulement de sous-cuisses, mais encore de courroie; ce ressort s'élève au-dessus du trochanter, et

ne craint pas conséquemment d'être dérangé dans les grands mouvements d'abduction de la cuisse; le ressort, passant au-devant du pénis, par sa courbure entraîne la pelote à comprimer la région inguinale en agissant de bas en haut et de dehors en dedans. Ce bandage se compose : 1° d'un ressort; 2° d'une pelote antérieure et d'une pelote postérieure. Le ressort est en acier trempé, et il doit suivre exactement la circonférence du bassin, sans le comprimer; il est d'un seul morceau et n'est pas incliné en avant. On a voulu le modifier; ainsi, quelques bandagistes, s'emparant du procédé d'inclinaison que Wickham avait employé pour les hernies crurales, ont voulu l'appliquer aux ressorts que nous décrivons. M. Malgaigne a fait remarquer avec juste raison que le ressort fonctionnant comme une pincette ou levier du troisième genre, le ressort perd de sa force, si les deux extrémités ne sont pas sur le même plan [1]. On avait dit que la région lombo-sacrée est plus élevée que la région inguinale, et que par conséquent l'extrémité antérieure du ressort doit être inclinée en bas; cette objection est renversée par l'expérience; en effet, le plan du bassin est dirigé obliquement en bas et en avant; lorsque l'on applique le bandage anglais, il en suit naturellement la direction, et les deux pelotes se trouvent situées sur un même plan incliné. On peut augmenter la force du bandage au moyen de ressorts additionnels que l'on superpose. MM. Wickham ont perfectionné le ressort inguinal en ajoutant à la partie antérieure une vis de pression destinée à augmenter ou à diminuer l'action du bandage, sans avoir besoin d'ajouter un ressort additionnel.

La pelote antérieure a subi de nombreuses modifications depuis les travaux d'Ast. Cooper et de M. J. Cloquet; on s'est appliqué à comprimer tout le trajet du canal inguinal dans le cas de pointe de hernie, de hernie interstiticlle ou bubonocèle; lorsque la hernie est scrotale, le canal inguinal a le plus souvent disparu et il ne reste qu'un seul orifice, la compression doit se faire principalement sur ce point.

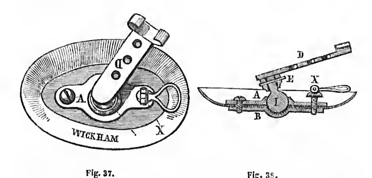



Fig. 37. Fig. 38.

La plaque de Salmon, montée sur pivot, est construite de telle manière que le ressort peut se mouvoir dans tous les sens, la plaque restant fixe et comprimant la région inguinale, tandis que dans le brayer français, qui se compose d'une

[1] La manière d'agir du ressort du bandage anglais l'a fait employer pour d'autres usages. Ainsi M. Nélaton y a eu recours avec succès pour réduire les luxations de l'extrémité sternale de la clavicule.

plaque et d'un ressort adhérents ensemble, sans mobilité, la pelote se déplace par le moindre mouvement du ressort, si on n'a pas eu soin de la maintenir énergiquement au moyen d'un sous-cuisse qui fatigue le malade dans le plus grand nombre des cas.

MM. Wickham frères ont perfectionné la plaque de Salmon en la rendant fixe et inclinée d'une manière permanente, suivant les indications, sans gêner la mobilité du ressort; cette modification s'opère par la compression de la boule I entre les deux petites plaques concaves A et B, qui constituent la noix dans laquelle elle est logée; cette compression se fait en serrant la vis X. Par ce système, on peut donner à la pelote l'inclinaison convenable pour la contention de la hernie, cette inclinaison étant nécessaire en bas ou latéralement, et elle devient fixe et permanente en serrant la boule I comme nous l'avons déjà dit. Pour que le bandage conserve les avantages de celui de Salmon, c'est-à-dire la mobilité du ressort, MM. Wickham ont fait établir sur la tige de la coulisse une petite rainure destinée à laisser mouvoir la goupille E qui retient la coulisse D; on obtient alors une inclinaison permanente avec persistance de la mobilité du ressort (fig. 37 et 38).

Lorsque la hernie est scrotale et volumineuse, et qu'il y a indication d'employer la pelote triangulaire, MM. Wickham se servent d'une pelote qu'ils ont modifiée avantageusement; elle est brisée horizontalement à sa partie moyenne, et au moyen d'une vis d'inclinaison, on peut faire agir la portion inférieure sans nuire à l'action de la portion supérieure, qui continue à comprimer l'anneau et empêche la sortie de la hernie. Les pelotes triangulaires employées jusqu'alors avec vis d'inclinaison avaient l'inconvénient de s'écarter de l'anneau inguinal à la partie supérieure lorsqu'on les inclinait en bas pour comprimer la région sous-pubienne.

La pelote postérieure du bandage est plane et plus souvent ronde; elle est vissée au ressort de manière à lui laisser toute sa mobilité (fig. 36).

*Bandage inguinal double.*—Les ressorts passent du même côté de la hernie; il y en a un de chaque côté, s'articulant en avant avec les plaques compressives, et en arrière avec une plaque double, construite sur les mêmes principes que celle pour le bandage simple.

*Bandage crural.* — Le bandage simple pour hernie crurale se compose d'un ressort, d'une pelote antérieure et d'une postérieure. Le ressort présente une modification particulière en rapport avec la disposition de la hernie crurale; si l'on examine le plan de la région crurale, on voit qu'il regarde en avant et un peu en dedans; par conséquent la compression doit se faire en arrière et un peu en dehors; aussi le ressort du côté opposé ne convient pas. Le ressort passe du même côté que la hernie, il présente à sa partie antérieure une brisure qui permet d'incliner son extrémité antérieure à volonté; cette brisure est nécessaire, car, dans le cas de hernie crurale, les deux points sur lesquels agit le ressort ne se trouvent plus sur le même plan. — Les pelotes sont les mêmes que pour la hernie inguinale; généralement elles doivent être d'un petit volume.

Ces divers modèles, perfectionnés par MM. Wickham, s'emploient pour tous les âges : chez l'enfant, le ressort permettant le développement du bassin, celui-ci n'est plus comprimé et serré comme il l'est soit par la ceinture, soit par le brayer ordinaire; l'adulte peut exécuter tous les mouvements possibles sans craindre le moindre déplacement. Nous pourrions citer comme exemple un clown du Cirque, le nommé Boswell, qui, malgré deux hernies inguinales,

faisait les exercices les plus violents avec un bandage d'une force moyenne. Les vieillards supportent parfaitement ce bandage, qui les délivre de la constriction circulaire des brayers ordinaires.

---

La séance de rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu cette année devant une assistance choisie, mais peu nombreuse. Le plus grand nombre des élèves, afin de rendre superflues les mesures d'ordre que leur conduite de l'an dernier avait provoquées, se sont abstenus d'assister à la cérémonie.

On avait craint que M. le professeur Tardieu, qu'un deuil cruel vient de frapper, ne pût prononcer son discours; mais l'orateur a su faire taire un instant sa juste douleur devant un devoir public. Son éloge de M. Adelon, élégamment écrit et mettant en relief la grandeur de la mission médicale dans la société moderne, a été à diverses reprises interrompu par des témoignages d'une approbation sincère.

Après le discours de M. Tardieu, M. le professeur Gavarret a proclamé les prix dans l'ordre suivant :

*Prix de l'Ecole pratique :* Premier grand prix, M. Lallement (Edmond). — Premier prix, M. Marcovitz (Alexandre). — Première mention honorable, M. Lefeuve (Jules). — Seconde mention honorable (*ex æquo*), MM. Brouardel (Paul) et Germe (Léon).

*Prix Corvisart :* Prix, M. Charpentier (Louis-Arthur-Alphonse). — Mention honorable, M. Ramond (Alexis-Adolphe). — Question proposée au concours pour l'année 1864 : « Etablir, d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, des considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires. »

*Prix Montyon :* Prix, M. Olivier (Auguste), auteur d'un mémoire sur le *rhumatisme cérébral.*

*Prix Barbier* : Premier prix, de la valeur de 1,200 francs, à M. Preterre, pour ses appareils de prothèse palatine et maxillaire. — Deuxième prix, de la valeur de 800 francs, à M. Dolbeau, pour son mémoire sur la *lithotritie périnéale.* — Mention honorable à M. Moncoq, étudiant en médecine, pour l'invention d'un appareil destiné à la transfusion du sang et à l'introduction des médicaments dans le sang veineux.

*Thèses signalées à M. le ministre de l'instruction publique* : En première ligne (par ordre alphabétique), les thèses de MM. Bert (Paul) : De la greffe animale. — Charvet (Pierre-Marie-Henry) : Etude sur une épidémie qui a sévi parmi les ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine. — Chipault (Antony) : Etude sur les mariages consanguins et sur le croisement dans les règnes animal et végétal. — Gamet (Alfred) : De l'ostéopériostite juxta-épiphysaire. — Gonnard (Claude) : Essai critique sur l'institution de la dualité chancreuse. — Gosse (Hippolyte-Jean) : Des taches au point de vue médico-légal. — Pouquet (Pierre-Antoine-Alfred) : Considérations pratiques sur la trachéotomie dans les cas de croup. — Proust (Adrien) : Du pneumothorax essentiel, ou pneumothorax sans perforation.

En seconde ligne (par ordre alphabétique), les thèses de M. Bahaud (Julien) : De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le développement de la phthisie pulmonaire. — Dunand (Pierre-Louis) : Recherches et observations sur l'hystéro-épilepsie. — Edwards (W.-T.-Arthur) : De l'anatomie pathologique et du traitement de l'ataxie locomotrice progressive. — Martin (C.-

Aimé) : De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. — Moureton (Louis) : Etude sur la tuberculisation des vieillards. — Olivier (Raymond) : Essai sur le traitement de la paralysie amyotrophique consécutive aux maladies aiguës. — Roques (Auguste) : Essai sur la mort apparente du nouveau-né. — Turgis (Eugène-Hippolyte) : Recherches et observations pour servir à l'histoire du goître exophthalmique.

---

Par décrets du 22 novembre ont été nommés : M. Baillon, docteur ès sciences, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Moquin-Tandon, décédé. — M. Gratiolet, docteur ès sciences, professeur d'anatomie, de physiologie comparées et de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, décédé. M. Jamin, docteur ès sciences, professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Despretz, décédé.

---

Par arrêté du 13 novembre, M. le docteur Bert, licencié ès sciences, est nommé préparateur du cours de médecine au collège de France, en remplacement de M. Lecomte, démissionnaire.

---

Par arrêté du 15 novembre, M. le docteur Giraudet Saint-Agathe, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Tours, est nommé professeur adjoint d'anatomie. M. le docteur Danner, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint de physiologie.

---

Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Antiquaille vient de s'ouvrir à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les membres du jury sont : MM. Ollier, Rollet, Berne, Baumès, Rodet, Potton, Pètrequin, Bouchacourt, Desgranges, Valette, Teissier, Diday.

---

Un concours pour deux places de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon sera ouvert le 25 avril prochain. Les candidats devront se faire inscrire au moins quinze jours à l'avance au secrétariat général de l'administration de cette ville.

---

Par décret du 16 novembre, M. le docteur Tauléra, médecin aide-major de 1re classe, et M. le docteur Hignard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nantes sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

---

M. le docteur Boureau vient d'être nommé chevalier de l'ordre royal de Charles III d'Espagne.

---

Nous avons la douleur d'annoncer la perte de deux de nos célébrités médicales, M. le docteur Patissier, membre de l'Académie de médecine, si connu par ses travaux d'hydrologie et M. le docteur Villermé, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, non moins connu par ses beaux et nombreux travaux d'hygiène.

---

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu, comme d'habitude, le deuxième mardi de décembre. On annonce que le discours d'usage sera prononcé cette année par M. Béclard, à qui M. Dubois (d'Amiens) cède pour cette fois la parole. Le sujet du discours sera l'éloge de Blainville. M. le secrétaire perpétuel fera le rapport général sur les prix.

---

Sur la proposition de M. Vleminckx, inspecteur du service de santé de l'armée belge, le médecin de bataillon Van Esschen a été envoyé en mission à Schwalheim, auprès de M. le docteur Fleury, pour s'éclairer de son expérience dans l'installation d'un établissement hydrothérapique à Bruxelles. L'offre que M. Fleury a généreusement faite de se rendre à Bruxelles a été acceptée ; une salle de malades a été mise à sa disposition, et il s'est chargé d'un cours de clinique hydrothérapique qui a dû commencer le 18 novembre.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## L'électrisation généralisée considérée comme agent tonique et stimulant diffusible.

Par M. Adolphe GUBLER, médecin de l'hôpital Beaujon.

L'histoire de l'électricité médicale ne se composa longtemps que d'une série invraisemblable de succès prodigieux ou d'éclatants revers. Tantôt exaltée sans mesure par un enthousiasme irréfléchi, tantôt discréditée sans motif par les détracteurs de toute nouveauté, la pratique de l'électrothérapie passa tour à tour d'une vogue imméritée au plus dédaigneux abandon. La justice et la vérité ne pouvaient s'accommoder de ces deux extrêmes. C'est ce qui ressortit enfin des travaux consciencieux accomplis dans les dernières années du dix-huitième siècle par quelques médecins français.

Mais l'électrisation ne fut pas d'abord ce que nous la voyons aujourd'hui : instruments et méthode, tout était différent. Aussi, malgré l'identité de l'agent naturel, les effets obtenus s'éloignaient-ils considérablement de ceux que nous observons chaque jour dans la clientèle ou dans nos hôpitaux.

Au commencement, les expérimentateurs se contentaient de faire pénétrer l'électricité dans le corps des malades, sans acception de région plus spécialement affectée, le fluide impondérable se dirigeant sans doute de lui-même à l'adresse des organes qui en avaient le plus besoin. Et, comme il importait d'en introduire le plus possible, on attaquait successivement toute la périphérie cutanée ou bien on enveloppait le sujet d'une sorte d'atmosphère électrique, et des étincelles lui étaient à chaque instant soutirées, dans le but de lui communiquer des secousses supposées salutaires.

Cette manière de procéder, parfois un peu brutale, ne fut pas toujours exempte d'inconvénients.

D'ailleurs, elle ne répondait guère à ce besoin d'analyse et de précision qui caractérise notre époque. La science réclamait donc un emploi plus méthodique et plus réglé de cette force médicatrice dont on avait appris à connaître la puissance. Il était réservé encore à l'un de nos compatriotes de réaliser ce progrès. La *faradisation localisée* de M. Duchenne, de Boulogne, permet en effet d'atteindre l'organe lésé et de concentrer sur lui l'action du courant électrique, sans toucher aux parties environnantes et sans imprimer à l'économie tout entière des ébranlements toujours fâcheux dès qu'ils sont inutiles.

La méthode de M. Duchenne est aujourd'hui universellement adoptée, et c'est d'après les principes posés par notre digne confrère que se dirigent les médecins de tous les pays, lorsqu'ils sont appelés à faire de l'électricité un moyen de diagnostic ou de traitement. Hâtons-nous d'ajouter que les grands résultats obtenus à l'aide de l'électrisation localisée, dans les cas d'atrophie musculaire et de paralysie, justifient pleinement cette faveur exceptionnelle.

Mais l'électrisation généralisée n'est-elle donc qu'une arme impuissante ou dangereuse, et le thérapeutiste doit-il se garder d'y recourir jamais, ou peut-il toujours se dispenser de le faire? Telle est la double question que nous devons nous poser, en présence de l'oubli profond dans lequel cette méthode est maintenant délaissée. Cet abandon, je n'hésite pas à le dire, me paraît injuste.

Avec une action électrique tempérée et mieux accommodée à la susceptibilité individuelle, non-seulement les inconvénients de la manière ancienne disparaîtraient, mais de plus ils seraient remplacés par des avantages spéciaux qu'on attendrait vainement, selon moi, de l'électrisation restreinte. Maintenus dans de sages limites, cet éréthisme et cette hypersthénie, qu'on reproche si amèrement à l'électrisation généralisée et qui paraissent à tant de médecins une contre-indication formelle de cette pratique, seraient, au contraire, éminemment favorables à une foule de malades tombés dans un état de langueur, de débilité ou de marasme, lié ou non à des altérations du système sensitivo-moteur.

Cependant, je le répète, la médecine contemporaine use si peu de l'électricité comme agent de stimulation générale, que cette action du fluide impondérable se trouve ordinairement passée sous silence, et que nos maîtres en thérapeutique, MM. Trousseau et Pidoux, dont on connaît les vues larges et les habitudes d'éclectisme, n'ont accordé de place dans leur grand ouvrage qu'à l'électrisation localisée. Malgré l'importance des faits relatés par Poma et Arnaud, de Nancy, malgré la confiance que semblent leur inspirer ces deux expérimentateurs et les éloges mérités qu'ils leur décernent, les savants auteurs du *Traité de thérapeutique* ne mentionnent même pas l'électricité parmi les toniques ou les excitants généraux. Ils se contentent de tracer l'histoire de l'électrothérapie à l'occasion des excitants spéciaux du système musculaire, dont l'ergot et la noix vomique sont les types principaux. Grâce à cette omission de la science classique, les appareils capables de faire sentir à toute l'économie les vertus stimulantes de l'électricité sont sortis du domaine de la vraie médecine pour être exploités par des médicastres, entre les mains

de qui cependant ils ne sauraient avoir ni toute leur valeur, ni toute leur innocuité. Il faut, dans l'intérêt de l'humanité comme de la science, enlever ce monopole au charlatanisme. Alfred Becquerel en avait eu la pensée, et voici dans quels termes il recommandait à ses confrères ce qu'il appelait, sans doute à dessein, *le véritable bain électrique*.

« Pour terminer, dit notre regretté collègue [1], ce qui est relatif aux applications de l'électricité à la médecine, je dirai quelques mots d'une application possible de cet agent au traitement de certains états généraux de l'organisme caractérisés par l'épuisement.

« Il est en effet un certain nombre d'états généraux susceptibles de se développer dans des circonstances bien différentes, et dans lesquels on observe une débilité générale et profonde, un épuisement complet des forces, un véritable état auquel on peut donner le nom d'*état hyposthénique*. Il est souvent utile, en pareil cas, de relever rapidement les forces, afin de laisser le temps d'agir aux divers médicaments qu'on administre aux malades placés dans cette situation. Je crois qu'en pareil cas on pourrait employer l'électricité appliquée à l'organisme entier, en mettant en usage le véritable bain électrique. »

Vers la même époque, l'électrisation générale trouvait un autre défenseur autorisé. A l'occasion du concours sur l'emploi médical de l'électricité ouvert devant l'Institut de France, M. Dropsy nous faisait connaître [2] une méthode électrothérapique dont il est l'inventeur. A la vérité, cette méthode exige un appareil fort complexe et n'entrera que difficilement par cette raison dans la pratique journalière; mais notre laborieux confrère de Cracovie paraît avoir retiré de bons effets de son emploi dans une foule de maladies aiguës ou chroniques, dont il donne les résumés sommaires.

Il est à regretter que, préoccupé exclusivement de son point de vue doctrinal, l'auteur du travail considérable auquel nous faisons allusion n'ait pas jugé à propos d'indiquer brièvement les effets physiologiques déterminés par son procédé opératoire. Je ne doute pas que ces résultats n'eussent été conformes à mes propres observations.

Mais je trouve, du moins, la confirmation de mes vues dans le journal vraiment curieux et instructif des expériences de nos deux

(1) *Des applications de l'électricité à la pathologie*, par Alf. Becquerel ; Paris, 1856.

(2) *Electrothérapie*, par Joseph Dropsy, de Cracovie; Paris, 1857.

compatriotes Poma et Arnaud. Les opérations auxquelles ils soumettaient leurs malades consistaient en commotions ou en frictions électriques, en bains électriques d'une demi-heure à une heure de durée, obtenus à l'aide d'une machine à frottement, pendant lesquels on soutirait de temps à autre des étincelles.

Or, dans presque tous les cas, ces observateurs sagaces et judicieux ont noté quelques symptômes d'excitation du côté d'un ou de plusieurs des grands appareils organiques.

Ordinairement, l'électrisation réchauffait les parties affectées, habituellement froides; elle élevait même la température de tout le corps et provoquait, soit une moiteur locale, soit une sueur diffuse, plus ou moins abondante. En même temps, le pouls s'accélérait et acquérait parfois une fréquence fébrile.

Cette fièvre et cette sudation artificielles amenèrent même chez un sujet, dans le cours de deux traitements, une éruption, probablement eczémateuse, susceptible de jouer le rôle de phénomène critique, qui occupa toute la périphérie cutanée, surtout le ventre et les articulations, et prit, la seconde fois, sur les jambes le caractère purulent.

Souvent il survenait des évacuations alvines répétées ou parfois de la polyurie alternant avec la diarrhée.

Enfin, dans plusieurs cas, il s'est manifesté un certain degré de ptyalisme, ou bien une salivation très-remarquable.

Tous ces phénomènes, je le disais tout à l'heure, relégués maintenant dans l'ombre, peuvent se traduire par le mot *excitation*.

Ils se rencontrent, à un haut degré, dans le fait suivant, qui s'est passé à l'hôpital Beaujon et sur lequel M. Edmond Martel, interne de mon service, a recueilli des notes presque journalières.

En voici la relation condensée :

Obs. *Atrophie musculaire progressive, anaphrodisie, dysthermasie* (1) *et alcalescence de l'urine, à la suite d'excès génésiques et de l'abus des spiritueux. Traitement prolongé et peu efficace par les toniques et l'électrisation localisée. En dernier lieu, application de la méthode d'électrisation généralisée. Retour subit de la calorification normale, accroissement de l'appétit, excitation de la*

(1) De Δὺς, particule qui marque la faiblesse ou la difficulté, et de Θερμάζειν, chauffer, échauffer. Ce mot correspondrait au mot latin *frigiditas*, mais celui-ci, ou du moins sa traduction française, *frigidité*, n'est plus employé qu'au figuré. La frigidité s'entend de l'état d'un homme impuissant. Il fallait donc une autre expression pour rendre cette disposition organique en vertu de laquelle l'économie ne développe qu'une quantité de chaleur insuffisante pour maintenir partout la température normale.

*contractilité intestinale et de la sécrétion des glandes annexées au tube digestif. Acidité intermittente des urines. Restauration rapide des forces générales et progrès marqué vers l'eutrophie des muscles.* — Le 24 septembre 1862, entre à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 7, service de M. Gubler, le nommé Saint-M*** (Henri), âgé de trente ans, épicier-marchand de vin. Cet homme, blond, de petite taille, jouit d'une bonne santé habituelle. Son intelligence est assez développée et son caractère vif. Il ne connait dans sa famille aucun antécédent paralytique analogue à l'affection dont il est atteint lui-même. Ses parents se portent bien.

Relativement continent, lorsqu'il était garçon, il n'a souffert, en fait de maladies vénériennes, que d'une blennorrhagie.

Marié depuis deux ans, et père d'un enfant actuellement âgé de trois mois, il s'est livré, dit-il, à des excès génésiques continus. A l'en croire, il se serait livré tous les soirs, quelquefois le matin, à un coït fatigant, prolongé, et suivi à chaque séance d'une ou deux éjaculations. Ces prouesses l'auraient entraîné naturellement à faire des excès alcooliques. Pour réparer ses forces, il buvait chaque jour habituellement 20 centilitres d'eau-de-vie, sans compter le vin des repas et les extra.

Depuis le mois de décembre dernier (1861), l'appétit a diminué et la vigueur génitale a faibli. En même temps les désirs se sont apaisés. Vers le mois de mai, il ne voyait plus sa femme qu'une fois tous les dix ou douze jours, et l'éjaculation était extrêmement prompte. En janvier 1862, il est devenu sujet à se refroidir facilement. Des engourdissements se faisaient sentir principalement dans les mains et disparaissaient sous l'influence de la chaleur artificielle que le sujet recherchait volontiers. Sa boisson le ragaillardissait, mais sans le soustraire à la sensation de réfrigération et de tremblement.

A partir de février, il a constaté de la faiblesse musculaire avec un amaigrissement visible qu'il a jugé maladif. En effet, vers le milieu de 1861, il pesait 52 kilogrammes, tandis qu'au mois de janvier suivant il ne pesait déjà plus que 40k,25.

Saint-M*** a fait alors chez lui un traitement peu suivi et qui paraît être resté sans effet appréciable, si ce n'est une légère amélioration momentanée, déterminée par la strychnine, à la faveur d'un demi-empoisonnement. Puis il est entré à l'hôpital Beaujon (service de M. Lailler, remplacé par M. Archambault), où il a été traité par les toniques, les bains sulfureux et l'électrisation localisée, mais sans beaucoup de résultats. Après trois semaines, il demande sa sortie et se présente quelques jours plus tard dans le service de M. Gubler.

*Etat actuel*, le 24 septembre 1862. — Saint-M*** est profondément émacié et présente l'aspect des sujets arrivés à un degré avancé d'amyotrophie généralisée. La diminution de volume des membres porte principalement sur les muscles, la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée conservant partout une notable épaisseur, en sorte qu'au premier abord on ne soupçonnerait pas l'extrême réduction de ces organes contractiles.

L'épaisseur du pannicule adipeux est même d'autant plus considérable dans certaines régions, que les masses musculaires y sont plus atrophiées. Aussi l'œil ne parvient-il à saisir aucune différence de volume entre les deux bras ou les deux cuisses respectivement, bien que l'amyotrophie soit plus avancée sur l'avant-bras droit et sur la cuisse gauche. Sur la cuisse, elle affecte surtout le vaste interne du triceps fémoral et les autres muscles de la région crurale interne; à l'avant-bras, elle est prédominante dans les extenseurs. Les doigts restent demi-fléchis, malgré les efforts d'extension les plus actifs, et les mains gardent la forme de griffes. Elles sont, du reste, décharnées par le fait de la macilence des inter-osseux ainsi que des muscles des éminences thénar et hypothénar. Le malade ne peut saisir aucun objet pesant entre le pouce et les autres doigts; il est obligé de se servir de ses deux mains rapprochées par leur talon. Ce n'est même pas sans difficulté qu'il porte une cuillerée de potage à sa bouche, et sa débilité maladroite fait qu'il salit beaucoup ses draps et les objets environnants. Les extenseurs des doigts de la main droite, plus atrophiés, sont nécessairement aussi plus faibles; celui de l'indicateur est le plus paralysé de tous.

Le malade n'a jamais cessé de marcher, quoique les muscles des jambes et des cuisses soient considérablement amaigris, surtout à gauche. La différence, du reste, n'est sensible qu'à la palpation, puisque la couche graisseuse, plus épaisse de ce côté, rétablit sensiblement l'égalité de volume.

Le système musculaire du tronc et du bassin est également appauvri. Il existe un léger strabisme convergent datant des premières années de la vie. On constate la conservation du tact proprement dit, ainsi que de la sensibilité pour la douleur, pour la température (*thermesthésie*) et pour le chatouillement. Pupilles largement dilatées; appétit faible; tendance habituelle à la constipation; urines pâles et alcalines, donnant par la chaleur un précipité furfuracé, qui se produit également par l'ammoniaque et disparaît par l'acide acétique, sans dégagement de bulles d'acide carbonique (phosphates et carbonates terreux).

L'acide nitrique ne donne ni précipité albumineux, ni diaphragme d'acide urique, mais simplement une coloration rose de Chine.

Le malade est toujours glacé; ses extrémités sont ordinairement lilas ou violacées, ainsi que ses muqueuses; sa peau donne une sensation de froid très-désagréable. Le jour de son entrée et les jours suivants, on le trouve constamment couché en chien-de-fusil, les couvertures ramenées jusque sur le sommet de la tête.

Prescription : *Vin de quinquina,* 50 *grammes; bordeaux,* 200 *grammes. Bains sulfureux tous les deux jours. Faradisation localisée quotidienne. Trois portions. Côtelette en supplément.*

L'électrisation localisée est pratiquée de préférence sur les régions musculaires principalement affectées. Partout l'électricité provoque des contractions, mais elles sont très-faibles dans beaucoup de points et principalement à la face dorsale de l'avant-bras droit. De ce côté, le courant électrique provoque, à intensité égale, plus de

douleur que du côté opposé ; il traverse aussi plus facilement la région pour faire contracter les fléchisseurs.

Le 9 novembre. On note un très-léger amendement de la paralysie amyotrophique, sauf pour l'auriculaire gauche, dont la flexion habituelle s'est accrue.

(*Même prescription.*)

Le 30 novembre. Etat sensiblement le même qu'à l'entrée, à part la légère amélioration signalée plus haut.

L'électrisation généralisée est pratiquée, en présence de M. Gubler, par M. Stéphane Hacq, de la manière suivante :

Le malade étant assis, ses pieds et ses mains sont placés dans quatre cuvettes remplies d'eau salée, dans lesquelles se rendent les fils conducteurs. On se sert de l'extra-courant. Le pôle positif se rend aux deux membres droits ; le négatif aux deux gauches. Dès que la communication est établie, il se produit une sensation d'engourdissement beaucoup plus vive de ce dernier côté. Malgré le changement alternatif des pôles, le malade, ayant les yeux fermés, signale invariablement la prédominance des sensations pénibles à gauche, tandis que, pour les autres personnes présentes, nommément pour MM. Gubler, Dalchet, pharmacien, et Martel, interne, la sensation douloureuse est toujours prédominante au pôle négatif quand le contact a lieu depuis quelque temps et que le courant est bien régularisé. Chez Saint-M***, la sensibilité tactile est parfaitement conservée pendant toute la durée de l'électrisation, environ un quart d'heure.

1er décembre. Le malade dit avoir ressenti jusqu'à cinq heures du soir une constriction pénible au bras droit, répondant au doigt médius, et en même temps une sensation de fatigue générale, de courbature, qui n'existait pas après les faradisations localisées. Cependant la sensation désagréable de froid s'est dissipée et a fait place à une chaleur douce et persistante, tandis qu'avec l'électrisation localisée (c'est le malade qui en fait spontanément la remarque), il ne se réchauffait que sur le moment, exclusivement dans les régions excitées, et retombait bientôt dans sa réfrigération habituelle.

*Seconde électrisation générale.* — Le 2 décembre. Saint-M*** se montre, pour la première fois, couché dans son lit à la manière de tout le monde, c'est-à-dire la tête entièrement dégagée des couvertures. M. Gubler est frappé de ce changement et constate une modification correspondante dans la température extérieure du corps. Les mains elles-mêmes sont chaudes et rosées et le malade accuse une sensation de bien-être inaccoutumée.

On continue les électrisations générales quotidiennes.

Le 5 décembre. Le mieux-être se confirme. Le sommeil est bon ; l'appétit est plus vif, sans exagération de la soif ; les selles sont devenues faciles et plus fréquentes.

Les jours suivants, persistance des phénomènes d'excitation. Le malade est soumis à une nouvelle pesée, et cette fois il faut 41k,50 pour faire équilibre à son corps. Il a donc gagné 1k,25 sur son poids de janvier 1862. Mais, en réalité, l'augmentation, depuis son entrée dans le service, est beaucoup plus considérable, car

l'amaigrissement avait continué et s'était même fait sentir davantage encore à partir du mois de février suivant, en sorte que le chiffre de 40k,25 était de beaucoup supérieur au poids du sujet lorsqu'il arriva dans la salle Saint-Louis. Ajoutons que, lors de sa dernière pesée, Saint-M*** portait des vêtements beaucoup plus légers qu'à la précédente.

Du 10 au 22. Les électrisations généralisées se répètent à peu près tous les jours, sans inconvénients et avec des phénomènes de stimulation modérée, mais permanente et très-favorable au jeu de toutes les grandes fonctions. Les urines, auparavant alcalines, se montrent alternativement ou alcalines, ou neutres, ou sensiblement acides. Ce sont surtout celles du jour, correspondant à la période de digestion, qui offrent la réaction acide. Leur densité, mesurée une fois, a été trouvée égale à 1,020, à la température de plus de 18 degrés centigrades. Elles produisaient une réduction très-douteuse de la liqueur de Barreswill et ne présentaient pas la moindre trace d'albumine.

Le 22. Le malade nous apprend qu'hier et avant-hier il a été pris de diarrhée après les séances d'électrisation, que le dérangement de corps a cessé spontanément, mais que la soif a persisté.

A partir de ce jour, les électrisations cessent d'être régulièrement quotidiennes. La diarrhée ne se reproduit pas; mais le 26 le malade se plaint d'avoir continuellement l'eau à la bouche, et le lendemain il existe une salivation abondante. D'ailleurs, l'état général est très-satisfaisant; les forces reviennent à vue d'œil, en même temps que les masses musculaires reprennent du volume. Dès lors on supprime définitivement les électrisations généralisées. Les progrès n'en continuent pas moins, et Saint-M***, forcé de rentrer chez lui pour affaires urgentes, demande sa sortie le 21 février 1863.

Au moment où il quitte l'hôpital Beaujon, il affirme qu'il se sent beaucoup plus fort et le prouve par la facilité avec laquelle il manie des objets lourds qu'il pouvait à peine remuer avant l'emploi de l'électrisation généralisée. Son appétit est vif, ses digestions excellentes, sa température normale. Il continue d'ailleurs à se louer du sentiment de bien-être qu'il a éprouvé dès l'abord et croit à sa guérison prochaine et complète. Quant aux muscles frappés d'atrophie, ils se sont singulièrement accrus depuis le nouveau mode d'emploi de l'électricité, bien que la macilence soit encore très-notable.

Dans cette exposition plusieurs détails méritent de nous arrêter: d'abord, l'étiologie. Ici l'amyotrophie ne reconnaît pour cause ni l'abus des contractions musculaires, ni la disposition héréditaire, constamment invoqués par les pathologistes; elle n'a pas suivi non plus, à titre de phénomène secondaire, une maladie aiguë grave, comme chez la nommée Catherine Vander K*** et chez d'autres sujets dont j'ai rapporté ailleurs l'histoire (1).

(1) *De la paralysie amyotrophique consécutive aux maladies aiguës*, dans Mém. de la Société de biologie et *Gazette médicale*; Paris, 1862.

L'atrophie musculaire n'a vraisemblablement d'autre raison d'être que les excès alcooliques et vénériens.

Outre l'anaphrodisie et la réfrigération ou, pour parler plus exactement, la dysthermasie, cette amyotrophie s'est accompagnée aussi d'alcalescence des urines. L'existence des urines alcalines, dans le cours de certaines affections paralytiques du système sensitivo-moteur, admise par divers médecins, est obstinément niée par d'autres. Les premiers ont raison et les derniers n'ont pas tout à fait tort. En effet, le plus ordinairement, l'alcalinité des urines dans les paralysies est secondaire : elle est le résultat de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque par la fermentation putride s'opérant dans le réservoir urinaire ni plus ni moins que dans le vase de nuit. Les urines, traitées par un acide un peu fort, dégagent alors des bulles abondantes de gaz acide carbonique, et l'urine mousse comme du vin de Champagne. Mais d'autres fois, plus rarement, j'en conviens, les urines sont primitivement et spontanément alcalines, comme je les ai vues si souvent au début des convalescences franches, et cela par un mécanisme tout différent. Ces urines alcalines d'emblée doivent leur caractère à la soude répandue dans la plupart des humeurs de l'économie à l'état de carbonate, et dont la réaction n'est plus masquée par les acides urique ou phosphorique, normalement en excès dans la sécrétion urinaire. La rareté de ces deux derniers acides dépend elle-même de la faible proportion des matériaux provenant de la dénutrition et indique un ralentissement dans le cercle fonctionnel ou une prédominance du travail de composition. Dans le cas actuel, c'est, suivant toute probabilité, à un ralentissement fonctionnel que nous avions affaire [1].

---

[1] Je dois signaler encore deux circonstances dignes d'être remarquées : c'est, d'une part, la douleur plus vive provoquée par le courant électrique au niveau des régions musculaires le plus amoindries, comme si la force non transformée en mouvement excitait davantage les nerfs de sensibilité ; c'est, en second lieu, l'épaississement du pannicule adipeux sous-cutané, d'autant plus prononcé que l'amyotrophie est plus considérable, de manière à masquer en partie la macilence et à dissimuler les inégalités de volume des membres homologues, comparés à droite et à gauche. J'ai noté un certain nombre de fois le premier fait. Le second est un exemple d'une loi générale, en vertu de laquelle le tissu graisseux prend la place des organes diminués ou absents, et qui ne trouve jamais mieux sa vérification que dans les cas d'amyotrophie des membres. Dans une certaine mesure, il est exact de dire que la peau est une gaîne inextensible et irréductible, ne se prêtant ni aux ampliations subites ni aux amoindrissements excessifs des parties contenues. Dans le premier cas, elle se laisse plutôt craqueler ; dans le second, elle maintient ses dimensions et appelle le dépôt supplémentaire de la graisse.

Tous les symptômes se réunissent par conséquent pour démontrer chez notre sujet une asthénie générale et profonde. A l'exemple de notre collègue, M. le docteur Archambault, je crus pouvoir en triompher à l'aide des toniques habituels : quinquina, bains de Baréges ; la faradisation localisée devant faire justice de l'amyotrophie, pourvu que la macilence musculaire ne se compliquât pas encore d'une transformation régressive trop avancée.

On a vu que cet espoir ne se réalisa pas, et qu'après trois mois environ d'un traitement persévérant établi sur ces bases, nous attendions encore une amélioration notable des grandes fonctions, l'état local lui-même s'étant très-médiocrement amendé.

Sur ces entrefaites, voulant, à la recommandation de M. le professeur Gavarret, expérimenter un nouvel appareil, je priai M. Stéphane Hacq, l'inventeur, de venir à l'hôpital Beaujon, et le chargeai d'électriser Saint-M*** et quelques autres malades à l'aide de son instrument perfectionné qu'il me reste à faire connaître. C'est un appareil électro-magnétique qui, comme ceux de son genre, est essentiellement constitué par une pile en communication avec un fil de cuivre enroulé autour d'une bobine. La pile est composée de deux couples analogues à ceux de Ruhmkorff ou de Marié-Davy. De plus, il existe un interrupteur et un graduateur formé d'un manchon enveloppant un faisceau de fils de fer doux. Rien de particulier en tout cela.

Mais l'instrument de M. Stéphane Hacq se distinguerait par les traits suivants :

1° On peut faire usage à volonté soit du courant voltaïque de la pile, soit du courant induit, soit de l'extra-courant ;

2° Quand on se sert de l'extra-courant, on peut à son gré faire prédominer la tension électrique tantôt vers le pôle négatif, tantôt vers le pôle positif ;

3° A l'aide d'un commutateur, on renverse instantanément le sens du courant, sans changer les points d'application des réophores ;

4° Par le fractionnement de la bobine, dont la longueur totale du fil est d'environ 400 mètres, on obtient soit le summum d'intensité possible, soit les deux tiers ou le tiers seulement de cette même intensité ;

5° On peut obtenir des effets de tension extrême, comparables à ceux des grandes machines à frottement ou à électricité statique, tels que des étincelles, des sensations douloureuses, la rubéfaction et même l'ustion de la peau, d'où une action révulsive énergique ;

6° La machine donne encore un courant direct ou bien un courant inverse, au choix de l'expérimentateur ;

7° Enfin, la multiplicité des réophores, au nombre de six, permet d'appliquer l'électricité de chaque pôle sur trois points éloignés du corps, chez le même sujet, et d'obtenir ainsi des effets généraux puissants.

Chez notre malade, l'électricité ne fut introduite que par quatre points différents (les quatre extrémités, mains et pieds), deux à gauche pour le pôle négatif, deux à droite pour le pôle positif, et néanmoins les effets physiologiques et thérapeutiques dépassèrent toutes nos prévisions. Saint-M*** se plaignit bien un peu de fatigue et de courbature après les premières séances, mais en même temps il ressentit l'influence bienfaisante de l'électrisation généralisée. Le malaise et la sensation de froid, devenus habituels, firent place à une douce chaleur et à un mieux-être inconnus depuis longtemps. L'appétit se réveilla, le sommeil devint plus durable et plus réparateur, les selles se régularisèrent, et la principale sécrétion de l'économie, celle qui reflète le mieux les troubles cachés des grandes fonctions, l'urination, enfin, tendit à rentrer dans ses conditions normales. La transformation fut même si rapide au lendemain de la première séance d'électrisation généralisée, qu'elle frappa comme moi tous ceux qui en furent témoins. Si quelque doute avait pu surgir dans nos esprits, il se serait dissipé devant la permanence des symptômes et devant le résultat définitif obtenu par le nouveau mode de traitement. Le malade demanda prématurément sa sortie, pour des motifs très-légitimes d'ailleurs : je regrettai cette détermination, quoique l'amélioration déjà obtenue fît bien augurer de l'avenir. Son activité générale et son entrain s'étaient remarquablement accrus, de même que ses forces musculaires, et ses muscles avaient manifestement et rapidement augmenté de volume. Dans la conviction de toutes les personnes qui fréquentaient alors mes salles, ces progrès s'étaient accomplis sous l'influence de l'électrisation généralisée.

Peut-être me tiendrais-je en garde contre la possibilité d'une erreur d'interprétation ; peut-être songerais-je à un exemple de ces coïncidences fortuites, sources de tant d'illusions, si le fait qui m'est personnel ne se trouvait corroboré par d'autres faits semblables, notamment par ceux dont on lit avec intérêt la relation dans le Mémoire trop peu connu de Poma et Arnaud, de Nancy.

Aussi bien hésiterais-je encore à faire partager à mes confrères les espérances que l'observation précédente m'inspire, si l'action

stimulante générale d'un courant électrique, qui parcourt la presque totalité du corps, n'était pour ainsi dire le corollaire obligé de l'action excitante locale d'un courant limité à un espace restreint de l'organisme.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**Un mot encore sur l'autoplastie faciale et plus spécialement sur le procédé à double lambeau de la méthode indienne.**

Dans deux articles que nous avons récemment publiés, l'un sur la blépharoplastie (p. 110), l'autre sur la chéiloplastie (p. 254), nous avons eu essentiellement pour but d'appeler l'attention sur les procédés autoplastiques érigés par M. le professeur Denonvilliers en une méthode à laquelle il donne le nom de *méthode par pivotement.* Envisageant surtout ces procédés dans leur ensemble, nous nous sommes appliqué à faire ressortir les avantages et même la supériorité incontestable qui résultent de la généralisation dont ils sont susceptibles dans leur application. Pour remplir le but que nous nous proposions, nous n'avions pas à nous jeter dans le détail des faits particuliers, à embrasser l'histoire complète de l'autoplastie. Il suffisait à notre tâche d'esquisser à grands traits les principaux progrès réalisés par la chirurgie réparatrice, afin de marquer, pour ainsi dire, la place de celui que nous venions signaler. Si notre intention eût été de passer en revue toutes les tentatives de l'art et de suivre pas à pas, sans en rien omettre, toutes ses péripéties, nous aurions eu assurément à mentionner bien des faits et bien des noms qui ont dû être volontairement écartés d'une étude aussi rapide. Aurions-nous pu, par exemple, passer sous silence, à propos de blépharoplastie, les remarquables essais de M. Gaillard (de Poitiers), et celui de Lallemand, relatif à la chéiloplastie ?

Dès 1848, en effet, M. Gaillard apportait aux procédés de blépharoplastie une modification qui marque déjà une très-heureuse tendance vers le but plus complétement réalisé par la *méthode par pivotement :* au lieu de prendre le lambeau réparateur dans la région temporale et sur la joue, M. Gaillard le tailla transversalement au-dessus du sourcil : « J'y ai trouvé, dit l'auteur lui-même, les avantages suivants : 1° de faire subir à la base du lambeau une *faible torsion,* car un léger détour suffit pour le conduire à la place qu'il doit occuper ; 2° d'employer un tégument plus épais, plus vasculaire, moins sujet à une *rétraction consécutive.* » Plusieurs cas

de succès publiés par M. Gaillard consacrèrent, dès son origine, cette heureuse modification (1).

Bien longtemps avant M. Gaillard, une chose à peu près semblable et dans un but identique avait été faite par Lallemand, pour la restauration des lèvres. En 1824, l'illustre professeur, ayant à réparer, chez une petite fille, la lèvre inférieure presque entièrement détruite par une pustule maligne, imagina de choisir et de tailler son lambeau dans le voisinage des parties à combler, de manière à faire subir un *simple déplacement* au pédicule et à éviter, par là, les graves dangers de *sa torsion* et de *sa section* (2). Un succès presque complet couronna cette innovation, dont l'importance extrême dans les progrès de l'autoplastie se révèle suffisamment d'elle-même, pour qu'il soit inutile d'y insister. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de rappeler, cédant à l'admiration que commandent de pareils actes, si rares aujourd'hui, que Lallemand, dans son respect pour la justice distributive, attribue loyalement l'idée de son procédé au souvenir d'une conversation qu'il avait eue avec Jeanson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans laquelle un étudiant en médecine expliquait, avec passion, une tentative d'occlusion d'anus contre nature par le *simple déplacement* d'un lambeau emprunté aux téguments voisins : cet étudiant se trouva être M. Reybard, dont la science déplore la perte récente.

Si, borné, comme nous le disions tout à l'heure, par notre plan et par le but que nous avions hâte d'atteindre, nous nous sommes contenté de citer rapidement certains procédés, qu'il était d'ailleurs impossible d'omettre, c'est que nous nous proposions d'y revenir comme méritant, par leur importance, une mention plus spéciale et de plus grands développements : tel est le procédé *à double lambeau* de la méthode indienne de M. le professeur Sédillot. Imaginé d'abord pour la restauration de la lèvre inférieure, ce procédé consiste à tailler de chaque côté de la joue un lambeau vertical auquel on peut facilement donner une étendue proportionnelle à la perte de substance, en prolongeant, s'il est nécessaire, les incisions sur la région cervicale. Ces lambeaux, qui ont la forme d'un quadrilatère allongé, étant soigneusement doublés de la muqueuse buccale, sont amenés au contact de bas en haut et de dehors en dedans par un mouvement de rotation d'un quart de cercle et assujettis longitudinalement bout à bout. Leur bord inférieur est uni par quelques

(1) *Anaplastie des paupières*, par Gaillard (de Poitiers); broch. avec planches. — Extrait des *Annales d'oculistique*, 1848.

(2) *Archiv. de méd.* de 1824, t. IV, p. 242.

points de suture entortillée au bord supérieur de la perte de substance, et la muqueuse est fixée sur la face libre de chaque lambeau par une suture en surget. Il est facile de saisir les avantages de ce procédé, qui, par la largeur et l'épaisseur qu'il confère aux lambeaux, assure leur vitalité, en même temps qu'il prévient les tractions trop violentes de leur pédicule. De plus, il convient aux larges pertes de substance et permet de donner à la nouvelle lèvre une grande perfection, si l'on prend le soin de prolonger la base des lambeaux un peu au-dessus des commissures. C'est à un cas de destruction par un cancroïde de la lèvre inférieure en totalité, d'une portion du menton et des joues, chez un jeune homme, que M. Sédillot a fait, en 1848, avec succès, la première application de son procédé à double lambeau (fig. 1 et 2). Les détails de l'observation ont été consignés dans la *Gazette médicale* de 1848 (p. 7); nous y renvoyons le lecteur, nous bornant à reproduire les figures, car il est un autre point qui concerne ce procédé, sur lequel nous désirons surtout insister ici.

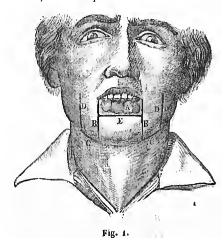


Fig. 1.



Fig. 2.

Bien qu'imaginé pour la lèvre inférieure, le procédé à double lambeau ne s'applique pas seulement à la restauration de celle-ci ; il a pu, avec tous ses avantages, servir aussi à réparer la lèvre supé-

rieure en entier, plus une portion de la joue et de l'aile du nez [1]. C'était chez un militaire âgé de quarante-neuf ans, atteint d'un cancer épithélial de la lèvre supérieure, lequel avait détruit complétement celle-ci, en partie l'arcade dentaire et étendu ses ravages jusqu'à une portion de la joue gauche et de l'aile du nez. Du côté où la joue était impliquée, l'ulcère remontait jusqu'à la paupière inférieure. L'extrémité du nez, encore très-régulière, était détachée en bas et en arrière de la face par la destruction partielle des deux ailes et de la sous-cloison de cet organe (fig. 3).

L'opération fut pratiquée par M. Sédillot le 28 mai 1851. A gauche, où les désordres étaient le plus étendus, un large lambeau

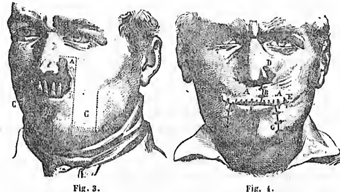



Fig. 3. Fig. 4.

quadrilatère fut taillé à l'aide de trois incisions : l'une, pratiquée un peu au delà des limites de l'ulcère, circonscrivant en dedans le nez, en haut la paupière, en dehors la joue, et descendant verticalement jusqu'auprès du bord du maxillaire inférieur ; la seconde, également verticale, parallèle à la précédente dont elle s'éloigne de deux travers de doigts, mais ne dépassant pas supérieurement le niveau du bord

(1) C'est par une erreur tout involontaire que, dans notre article sur la *chéiloplastie*, nous avons dit, après avoir signalé le procédé à double lambeau, « qu'il ne s'appliquait guère qu'à la restauration de la lèvre inférieure et aux pertes de substances peu étendues. » Dans notre pensée réelle, cette appréciation s'adressait uniquement aux procédés que nous avions rappelés immédiatement avant celui de M. Sédillot, et de l'imperfection desquels nous étions en ce moment préoccupé. Il ne faut voir là qu'une transposition de jugement ; nous étions d'autant plus éloigné de l'intention qui paraît résulter de notre texte que, par l'objet même de nos études actuelles, nous avions plus que personne peut-être présent au souvenir le remarquable cas de réparation de la lèvre supérieure que nous rapportons ci-après, et qu'il n'est pas permis, d'ailleurs, d'ignorer à quiconque s'est occupé tant soit peu de ces matières.

libre de la lèvre inférieure; enfin, la troisième, transversale, réunissant les deux premières par leur extrémité inférieure. Du côté droit, lambeau analogue, mais beaucoup plus court, en raison de l'étendue moindre des désordres, ne dépassant pas supérieurement la hauteur de l'aile du nez et arrivant en bas jusqu'à 1 centimètre de la base de la mâchoire. Après l'extraction des quatre incisives, des deux canines, de la première petite molaire gauche; après resection des cloisons interalvéolaires, du bord et de toute la lame antérieure de l'arcade dentaire, rugination, afin de les égaliser, des surfaces osseuses reséquées, excision de la sous-cloison nasale et de la muqueuse gingivale du contour de l'arcade dentaire, l'opérateur achève la séparation des lambeaux par la division de la muqueuse buccale, laquelle fut fendue supérieurement, afin d'en éviter la torsion et d'en faciliter le glissement vers le bord des lambeaux destiné à reproduire la surface libre et arrondie de la lèvre. Puis les deux lambeaux furent dirigés en haut et en dedans par un mouvement de rotation d'un quart de cercle, placés bout à bout et réunis par un point de suture. La muqueuse qui les doublait fut ramenée vers leur bord libre et y fut assujettie par une suture à surget.

Les larges destructions nécessitées par l'étendue du mal donnaient à la figure du malade un aspect horrible, que fit bientôt et heureusement disparaître l'affrontement des parties. La lèvre supérieure était régulière, le nez rétabli du côté droit, et il ne restait plus qu'une petite perte de substance à gauche dans le point où l'aile du nez et la joue avaient été si largement ulcérés et détruits (D, fig. 4).

Malgré un érysipèle survenu le troisième jour et dont les progrès furent arrêtés sur-le-champ, la réunion immédiate eut un succès complet. Le huitième jour, toutes les épingles étaient enlevées; la lèvre supérieure était soutenue par le plein d'un fil d'argent recourbé en forme de crochet mousse.



Fig. 5.

Deux mois après cette opération, aussi heureuse que hardie, le malade sortait de l'hôpital guéri, et pourvu, pour ainsi dire, d'une figure nouvelle. La lèvre reconstruite, adhérente de chaque côté aux joues, se continuait sans ligne de démarcation avec l'aile du nez à droite; mais

à gauche, la petite excoriation persistait, réduite d'ailleurs et facilement dissimulée à l'aide d'une petite boulette de coton gras. Le bord libre de la lèvre était régulièrement revêtu d'une membrane muqueuse, et l'absence de dents ne pouvait être soupçonnée. Une moustache épaisse, quoique un peu laineuse, en raison sans doute de la moindre nutrition des bulbes pileux, couvrait la lèvre et cachait les cicatrices sous-jacentes (fig. 5). La parole était nette et claire, et tous les commandements à haute voix faciles. L'opéré continua à servir pendant plusieurs années dans l'artillerie, et, en 1860, il servait encore comme concierge militaire, sans que la guérison se fût démentie.

Le fait qui précède et le résultat qu'il consacre parlent suffisamment d'eux-mêmes et n'ont pas besoin de commentaires. Mais ce qu'il importe de faire ressortir, à part les avantages déjà signalés du procédé à double lambeau, c'est la règle générale instituée par M. Sédillot dans le but de donner *un appui* aux lambeaux, règle qui consiste à toujours placer le pédicule ou les points de départ des lambeaux du côté opposé aux surfaces libres que l'on veut reconstituer. C'est là, en définitive, le but poursuivi par les opérateurs qui ont réellement compris les besoins de l'autoplastie et qui se sont efforcés d'y satisfaire : fournir *un appui* aux lambeaux, afin d'en prévenir le déplacement et les déformations qu'il entraîne ; c'est ce qu'avait en vue M. Gaillard, lorsqu'à l'aide de son procédé de suture *à pont*, il cherchait à *encastrer* le lambeau ; c'est aussi ce que M. le professeur Denonvilliers s'est efforcé de réaliser, ainsi que nous l'avons démontré. Où est la meilleure et la plus sûre manière ? Nous avons mis les faits en présence ; l'avenir jugera.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Notice sur la véritable formule de la goutte noire anglaise et sur la nécessité d'adopter pour ce médicament un mode uniforme de préparation.

Par M. Mayet, pharmacien.

S'il était nécessaire de démontrer l'utilité d'un formulaire légal comme le seul moyen qui permît d'offrir aux médecins des médicaments constamment identiques dans leur composition et dans leur mode de préparation, on ne saurait choisir un exemple mieux approprié que la préparation connue sous le nom de *goutte noire*, *goutte de Lancastre*, *goutte des quakers*. N'est-il pas en effet déplo-

rable de voir une préparation aussi active présenter des différences telles dans les diverses formules qui ont été publiées, que le rapport entre la matière active, l'opium, et le produit obtenu s'y trouve, selon la formule suivie et le mode de préparation adopté, tantôt de 1 à 2, tantôt de 1 à 8?

La goutte noire, *black drop* des Anglais [1], n'est pas à proprement parler un remède nouvellement introduit dans la thérapeutique; les anciens avaient déjà observé que les préparations dans lesquelles l'opium était traité par les liqueurs acides jouissaient d'une grande efficacité.

C'est ainsi que, dans le formulaire américain de Redman Coxe, édit. 1825, il est fait mention de préparations opiacées très-anciennement employées, dont la composition avait beaucoup de rapports avec celle du médicament qui, plus tard, fut vendu comme remède secret sous le nom de *black drop*.

Le laudanum de Van Helmont le jeune, dont la recette est rapportée par Robert Boyle, dans le neuvième volume des *Transactions philosophiques de Londres* pour l'année 1674, possède, à très-peu de chose près, la même composition que la goutte noire; ce sont les mêmes ingrédients : opium, muscade, cannelle et safran traités par le suc de coings; il est à remarquer seulement que Van Helmont préparait deux sortes de laudanum : l'un, évaporé jusqu'à consistance pilulaire; l'autre, liquide, dont il laissait le degré de concentration à l'appréciation de l'opérateur; la dose en était de 5, 6 ou 10 gouttes, suivant les circonstances, et moins lorsqu'on employait le laudanum en pilules.

Les écrits de William Salmon, en 1676, indiquent aussi que les préparations acides de l'opium ont été longtemps célèbres, et Hartmann, dans son *Traité physico-médical de l'opium*, en 1615, les préfère à toutes les autres.

Si on remontait même jusqu'à Paracelse, qui vivait à la fin du quinzième siècle, on verrait que son fameux *spécifique anodin* n'était autre chose que ces mêmes substances : opium, cannelle, girofle et safran infusés dans des sucs d'oranges aigres et de coings, auxquels il ajoutait du musc et de l'ambre gris; il est vrai qu'il en re-

---

(1) C'est à tort, selon nous, que dans les ouvrages français on a traduit au pluriel le mot *black drop*, qu'on trouve partout au singulier dans les textes anglais. Il ne nous paraît pas sans importance de lui conserver sa véritable signification, qui semble indiquer d'une manière toute particulière que c'est le plus souvent à la dose d'une goutte que s'emploie cette préparation.

haussait la valeur en y introduisant aussi du corail, des perles fines et de la quintessence d'or.

Le laudanum de Clossæus était aussi une préparation acide d'opium.

C'est encore au nombre de ces préparations qu'il faut ranger la liqueur sédative de Batley, remède secret, qui paraît avoir pour base l'opium et l'acide acétique.

Enfin, on trouve dans la pharmacopée du docteur Paris, p. 469, à l'article *Opium*, les indications suivantes rapportées dans le formulaire de Redman Coxe, p. 16 :

« La goutte noire de Lancastre, ou des quakers, a été longtemps connue et estimée comme étant plus puissante dans son action et moins variable dans ses effets que toute autre teinture d'opium. Elle avait jusque dans ces derniers temps été enveloppée dans une profonde obscurité, lorsque les papiers du dernier Edouard Walton, du Sunderland, dont les relations avaient été intimes avec le propriétaire primitif, qui vivait environ un siècle avant cette époque, étant tombés entre les mains du docteur Armstrong, ce gentleman publia la formule dans l'intérêt de la profession. »

Or, la formule publiée par Armstrong ne diffère de celle qui est inscrite dans le formulaire américain, que parce qu'elle laisse la faculté d'employer, comme véhicule, le verjus ou le jus de pommes sauvages, tandis que la pharmacopée américaine prescrit absolument l'emploi du vinaigre.

On comprend pourtant que ces divers véhicules, vinaigre, verjus ou jus de pommes, contenant des quantités très-variables de matières en dissolution, il ne soit pas indifférent pour le résultat d'employer l'un ou l'autre, surtout lorsque, comme l'indique le *modus faciendi*, la consistance sirupeuse doit servir seule de guide à l'opérateur.

N'est-ce pas aussi dans le but de rendre la préparation plus active que Langelot avait conseillé de préparer l'extrait d'opium en faisant fermenter la substance avec le suc de coings ?

Ces observations, tout empiriques de la part des anciens sur l'activité relative des préparations acides de l'opium, ont été pleinement confirmées depuis par la découverte de la morphine et de ses combinaisons.

Quoi qu'il en soit, la goutte noire était plus employée dans la thérapeutique étrangère que dans la nôtre, lorsque M. le docteur Monneret appela de nouveau sur elle l'attention des praticiens français, par les observations qu'il publia dans le *Bulletin de Thérapeutique* en 1851.

Le résultat de ces expériences paraît complétement d'accord avec l'opinion des praticiens anglais, qui prétendent que l'estomac possède, à l'égard de ce médicament, une tolérance qu'il n'offre pas au même degré pour les autres préparations d'opium, même la morphine et la codéine.

M. le professeur Monneret les emploie surtout dans les affections gastro-intestinales et dans les névralgies de l'estomac. Il les administre à la dose de 1 à 2 gouttes dans la première cuillerée de potage au déjeuner ou au dîner, mais il a pu porter graduellement la dose à 8, 12 et 16 gouttes par jour. C'est à l'occasion de l'emploi qu'il fit de ce remède qu'il a pu dire dans ce recueil :

« Les gouttes noires constituent un médicament dont la composition, malheureusement très-variable, doit toutes ses vertus à l'opium. Celles qui viennent des meilleures officines de Londres et que j'ai employées plus particulièrement, sont formées par un *liquide sirupeux noirâtre* d'une odeur aromatique assez agréable. L'odeur vireuse de l'opium n'y est pas complétement dissimulée.

« Les pharmacopées françaises et étrangères indiquent des modes de préparation fort différents les uns des autres. J'ai reconnu des propriétés plus faibles, moins sûres, souvent nulles, aux gouttes noires que des pharmaciens instruits avaient bien voulu me préparer eux-mêmes avec des soins minutieux, en se conformant aux formules retracées dans les pharmacopées anglaises. J'ignore entièrement la cause de ces différences ; j'assure seulement qu'elles sont très-marquées, et je dois les signaler à tous les praticiens. »

Aujourd'hui cette préparation est assez fréquemment demandée dans nos pharmacies pour qu'il soit de la plus grande importance d'en signaler la composition.

Les recherches que nous avons faites au sujet des diverses formules publiées dans les pharmacopées étrangères, et particulièrement dans le texte anglais des formulaires américains, où ce médicament semble avoir été publié pour la première fois, nous a convaincu que les variations survenues dans les nombreuses formules publiées sont dues à la faculté laissée de choisir le véhicule acide et à des inexactitudes dans la traduction des poids anglais en poids français, soit qu'on ait trop facilement voulu former des nombres ronds, soit qu'on n'ait pas suffisamment fait attention que la livre médicinale anglaise n'est que de 12 onces, et que l'once elle-même varie de 23gr,65 à 31gr,07, selon qu'il s'agit de mesurer un corps liquide ou de peser un corps solide.

Il faut dire aussi que la formule originale contient dans son mode

de préparation des indications assez vagues pour que, exécutée par des praticiens différents, elle donne naissance à des produits variables.

Soubeiran en avait déjà signalé le danger dans sa pharmacopée, édit. 1840; mais au lieu de publier de nouvelles formules, il eût mieux valu, selon nous, soumettre à une expérience décisive la formule primitive, comme nous l'avons fait nous-même, afin de fixer d'une manière positive le rapport de la matière active au produit.

Avant d'indiquer le résultat de nos expériences, qu'il nous soit permis de faire l'exposé rapide des diverses formules publiées, afin de justifier les conséquences que nous en avons tirées.

Les deux plus anciennes formules que nous ayons trouvées sont publiées, l'une par la pharmacopée batave de Niemann, en 1824, l'autre dans la pharmacopée des Etats-Unis, en 1825.

Ces deux formules sont exactement semblables quant aux substances employées, aux doses et au mode de préparation ; les voici textuellement :

| | |
|---|---|
| Pr. Opium........................... | 1/2 livre. |
| Vinaigre.......................... | 3 pintes fluides. |
| Safran............................ | 1/2 once. |
| Muscades......................... | 1 once. |
| Sucre............................. | 4 onces. |
| Levûre de bière................... | 1 once. |

Faites cuire l'opium, le safran et la muscade dans le vinaigre, jusqu'à *consistance convenable*; ajoutez alors le sucre et la levûre de bière et faites digérer pendant sept semaines ; ensuite exposez à l'air libre jusqu'à ce que la liqueur *soit réduite en sirop*. Enfin décantez, filtrez, et renfermez dans des vases de verre, après avoir ajouté un peu de sucre dans chaque bouteille.

On voit de suite dans quel vague nous laisse une semblable formule, quant au rapport de l'opium au produit.

Toutefois, dans la formule attribuée au docteur Armstrong, on trouve cette note : « Une goutte de cette préparation équivaut à 3 gouttes de teinture d'opium de la pharmacopée de Londres. » Or, la teinture d'opium étant elle-même au dixième, le rapport de l'opium à la masse devrait être fixé à peu près comme 1 : 3 dans la goutte noire, si un nouvel élément d'incertitude n'était aussitôt apporté par les lignes suivantes du texte anglais de la même note : « Les ingrédients ci-dessus doivent fournir environ deux pintes de liqueur filtrée. » En faisant le calcul du poids de la pinte anglaise,

et en supposant même que la densité de la liqueur sirupeuse soit égale à l'eau distillée, ce qui ne saurait être, le rapport qu'on établissait tout à l'heure comme devant être de 1 à 3, devient de 1 à 5.

La formule que nous venons de rapporter a servi évidemment de point de départ à toutes celles qui ont été publiées depuis. C'est elle sans doute que Jourdan a voulu reproduire dans sa pharmacopée, édit. 1840, t. II, p. 171. Mais au lieu de traduire la demi-livre d'opium par 186gr,50, il l'indique comme devant être de 8 onces ou 250 grammes. Cette erreur a pour conséquence d'augmenter de 25 pour 100 environ la force du produit.

Redwood, dans son Supplément à la pharmacopée de Gray (1848, p. 163), rapporte aussi deux formules : celle de la pharmacopée des Etats-Unis de 1825, dans laquelle il substitue le verjus au vinaigre, et celle de la pharmacopée des Etats-Unis de 1840, dans laquelle non-seulement le rapport de l'opium au produit est entièrement changé, mais aussi le mode de préparation.

La formule primitive porte, comme on l'a vu, de la levûre de bière; sans nous prononcer dès à présent sur la question de savoir si cette levûre remplit plus ou moins le but qu'on s'est proposé en l'introduisant dans la formule, on peut dire cependant que l'auteur a eu l'intention d'y apporter un élément de fermentation ; au contraire, la pharmacopée des Etats-Unis de 1840 supprime tout à fait la levûre de bière, et au lieu de laisser longtemps à l'air libre la préparation pour l'amener à l'état sirupeux, elle traite les substances par déplacement, en employant par fractions du vinaigre distillé, et en évaporant la colature au bain-marie jusqu'à ce que le produit soit amené à un degré de concentration tel, qu'il représente environ le sixième de son poids d'opium.

Nous faisons remarquer que non-seulement le rapport de l'opium à la masse se trouve considérablement diminué dans cette formule, mais encore que c'est elle qui a été le plus généralement reproduite par nos auteurs modernes : Soubeiran, *Pharmacopée*, édit. 1857 ; Bouchardat, *Annuaire de Thérapeutique*, 1853; *Codex belge*, dernière édition.

Nous ne signalons que pour mémoire les formules publiées dans l'*Annuaire de Thérapeutique* de M. Bouchardat, 1841, et dans l'*Officine* de M. Dorvault, 1858, où le rapport de l'opium au produit se trouve dans les proportions de 1 à 8; mais nous appellerons d'une manière toute particulière l'attention sur la formule qui a été adoptée par le Codex de Hambourg, année 1845, parce que c'est la seule qui indique d'une manière catégorique le rapport de l'opium

au produit et que c'est aussi celle dont le résultat présente le plus de concordance avec nos propres expériences.

Cette formule est la suivante, le poids de Cologne, en usage dans toute l'Allemagne à cette époque, étant rapporté au système décimal :

| | | | Ramené à l'unité. |
|---|---|---|---|
| Pr. Opium......... | 2 onces ou. | 58gr,46. | 100gr,00 |
| Vinaigre distillé. | 1 livre..... | 350 ,79. | 600 ,00 |
| Safran......... | 1 gros..... | 3 ,65.. | 6 ,20 |
| Muscades....... | 3 gros..... | 10 ,95. | 18 ,60 |
| Sucre.......... | 1 once..... | 29 ,23. | 50 ,00 |
| Levûre de bière. | 1/2 once... | 14 ,61. | 25 ,00 |

Faites bouillir ensemble pendant un quart d'heure les quatre premières substances, alors ajoutez le sucre et la levûre, mettez le mélange à fermenter et, après six semaines, filtrez et évaporez à 4 onces.

On voit tout de suite le rapprochement qui existe entre cette formule et la formule primitive, et si elle ne porte pas encore ce cachet de rigoureuse exactitude que nous cherchons à donner aux préparations inscrites dans notre Codex français, on y trouve déjà une étude sérieuse de cette active préparation, et le sentiment de l'importance qu'il faut attacher à bien fixer son degré d'activité.

Maintenant que nous avons rapidement passé en revue les différentes formules, il s'agit de faire choix de celle qui répond le mieux aux besoins de la pratique actuelle, puis de déterminer les conditions de sa préparation d'une manière tellement exacte, que tous les pharmaciens puissent obtenir sans tâtonnement un médicament qui offre les mêmes caractères et présente toujours une efficacité constante dans ses effets.

Nous avons vu, par les observations du professeur Monneret, que les préparations anglaises ont toujours offert une activité plus grande que celles qui ont été préparées par les pharmaciens français, que les gouttes noires venues d'Angleterre sont présentées sous la forme d'un liquide *sirupeux, noirâtre ;* les informations que nous avons prises auprès de ce praticien distingué nous permettent d'affirmer que celles qui ont été préparées pour lui par des pharmaciens instruits ne présentaient pas ce même caractère de consistance sirupeuse ; il est donc hors de doute qu'elles avaient été préparées d'après la formule reproduite par nos auteurs modernes, c'est-à-dire celle de la pharmacopée des Etats-Unis de 1840. Nous nous sommes assuré en outre que la formule suivie généralement en Angleterre est bien l'ancienne formule des Etats-Unis,

car la goutte noire, *black drop*, qui se vend actuellement dans les pharmacies anglaises, présente l'état sirupeux, et le flacon porte d'ailleurs sur son étiquette : *Une goutte équivaut à quatre gouttes de laudanum;* c'est précisément le degré de concentration établi dans la formule du Codex de Hambourg, et qui paraît suivi dans toute l'Allemagne.

D'un autre côté, les renseignements que nous avons cherché à obtenir, par l'entremise de M. Guibourt, auprès d'un pharmacien anglais bien connu, M. Hanbury, nous ont appris seulement qu'il emploie comme véhicule le suc de pommes aigres; mais il ne s'explique pas sur le rapport de l'opium au produit.

Nous avons pensé que nous ne pourrions fixer nos idées d'une manière absolue à ce sujet qu'en exécutant exactement le procédé original, travail utile d'ailleurs pour déterminer les meilleures considérations du *modus faciendi.*

Sans entrer dans le détail des expériences que nous avons cru devoir répéter, nous nous contenterons de signaler les résultats.

L'emploi de la levûre de bière, qui pourrait avoir une certaine importance si on choisissait le suc de pommes ou le verjus, est à peu près inutile si on fait usage du vinaigre, surtout à l'état de concentration où on prend ce véhicule; car en présence de la liqueur acide la fermentation se fait d'une manière si incomplète, qu'il se dégage à peine dans les premiers jours quelques bulles d'acide carbonique. On a la preuve de l'inutilité de la levûre de bière en faisant deux expériences comparatives sans ajouter de ferment dans l'une d'elles : si l'on emploie des quantités semblables des mêmes substances et si l'on évapore les colatures à un poids déterminé, on doit obtenir des produits d'une densité différente, en admettant que dans l'une des opérations la levûre de bière ait provoqué la transformation complète ou même partielle du sucre en alcool; or, ce résultat n'a pas lieu, car les deux liquides sirupeux présentent exactement la même densité.

Il fallait en second lieu déterminer d'une manière exacte quelle était la quantité de produit restant, lorsque la liqueur a été exposée pendant un temps très-long à l'air libre, jusqu'à ce qu'elle ait acquis la consistance sirupeuse; cette donnée était importante, car elle devait nous apprendre le rapport de l'opium à la masse. Nous avons vu dans une opération faite avec soin dans les conditions prescrites par la pharmacopée américaine de 1825, que le poids du liquide sirupeux froid, marquant 31 degrés à l'aréomètre de Baumé, nous indiquait que l'opium y existait dans la proportion

de 2 à 5 ; ce rapport est, comme on le voit, bien plus rapproché de celui fourni par la pharmacopée de Hambourg et par la préparation vendue dans les pharmacies anglaises de Paris, que de celui qui a été adopté pour le formulaire des Etats-Unis de 1840 et par nos auteurs modernes, qui, nous le rappelons ici, n'est que d'un sixième.

Mais afin de nous prononcer en toute connaissance de cause, nous avons exécuté également la formule du Codex de Hambourg et nous avons vu que cette formule, dans laquelle la quantité de sucre est diminuée d'un sixième, donne exactement le résultat annoncé, c'est-à-dire une liqueur sirupeuse contenant la moitié de son poids d'opium, correspondant à deux parties de laudanum de Rousseau, et, comme l'indiquent les étiquettes de la *black drop* anglaise, à quatre parties de laudanum de Sydenham.

C'est donc en faveur d'une préparation contenant la moitié de son poids d'opium, comme répondant le plus exactement aux habitudes de la pratique générale, que nous avons cru devoir nous prononcer. Voici la formule que nous proposons :

*Goutte noire anglaise (black drop).*

| | |
|---|---|
| Pr. Opium dur...................... | 100 grammes. |
| Vinaigre distillé (1)............... | 600 grammes. |
| Safran.......................... | 8 grammes. |
| Muscades........................ | 25 grammes. |
| Sucre........................... | 50 grammes. |

Pulvérisez grossièrement l'opium, la muscade et le safran, mettez-les dans un ballon avec les trois quarts du vinaigre et laissez en macération pendant huit jours ; chauffez au bain-marie pendant une demi-heure ; passez, exprimez fortement, et ajoutez sur le marc la quatrième partie du vinaigre. Après vingt-quatre heures de contact, exprimez de nouveau à la presse et réunissez le liquide écoulé au premier produit obtenu ; filtrez, ajoutez le sucre et faites évaporer au bain-marie jusqu'à réduction à 200 grammes. La liqueur refroidie doit marquer 31° B.

La goutte noire ainsi préparée représente la moitié de son poids

(1) Le vinaigre doit être distillé à la cornue afin de ne contenir aucune des substances minérales que pourraient lui fournir les appareils de cuivre ou le plomb de l'étamage impur. On doit retirer les trois quarts du vinaigre soumis à la distillation. On sait du reste que le vinaigre distillé est moins fort que le vinaigre mis dans la cornue. De bon vinaigre d'Orléans saturant 8 pour 100 de carbonate de soude sec nous a donné, étant distillé aux trois quarts, un vinaigre ne saturant plus que 6 pour 100 de sel de soude.

d'opium ou le quart d'extrait thébaïque, c'est-à-dire qu'une partie équivaut à deux parties de laudanum de Rousseau et à quatre parties de laudanum de Sydenham ([1]).

Nous ajouterons quelques mots pour justifier les légères modifications que nous adoptons dans cette formule.

Nous avons préféré le vinaigre distillé à tout autre véhicule, comme présentant une composition toujours identique, et offrant plus de garanties pour l'invariabilité du produit.

Nous avons admis, de préférence à la méthode de déplacement conseillée par quelques auteurs, l'emploi fractionné du vinaigre, parce que l'expérience nous a démontré que c'était la manière la plus assurée d'épuiser les substances de toutes leurs parties solubles.

Il nous a paru nécessaire, pour une préparation aussi importante, d'en abréger la durée, en limitant la macération au temps suffisant pour bien enlever aux substances, et particulièrement à l'opium, leurs parties actives.

Nous conseillons l'évaporation au bain-marie, afin de pouvoir terminer promptement l'opération ; l'exposition à l'air libre pendant un temps très-long ne présente aucun avantage et offre beaucoup d'inconvénients.

Nous indiquons d'évaporer jusqu'au poids représentant le double de l'opium employé, parce que l'expérience encore nous a démontré que dans ces conditions on obtient un produit ayant la consistance sirupeuse, pesant 31° B., et présentant tous les caractères que l'on trouve dans la *black drop* des pharmacies anglaises.

Enfin, nous avons arrêté la consistance sirupeuse à 31° B., plutôt que de la pousser jusqu'à 35°, d'abord parce que les gouttes se comptent mieux que si le liquide était plus épais, puis surtout pour éviter un inconvénient grave qui s'est montré dans certaines préparations anglaises que nous avons eues sous les yeux. L'acidité du vinaigre déterminant au bout d'un certain temps la transformation du sucre en sucre interverti, il en résulte, si la liqueur est trop concentrée, une séparation en deux couches, l'une de sucre cristallisé qui reste dans la bouteille, l'autre d'un liquide n'ayant plus la consistance de sirop, mais qui renferme probablement plus de matière active que la partie cristallisée.

---

([1]) La teinte jaune du safran, ainsi qu'une légère odeur d'acide acétique, prédominent dans la goutte noire, lorsque la préparation est récente ; mais au bout d'un certain temps, la matière colorante se dépose, et l'odeur acétique disparaît. La goutte noire possède alors une couleur *jus de réglisse* et une odeur *sui generis*.

Les soins que nous avons apportés à l'étude de la goutte noire nous ont semblé exigés, autant à cause de l'importance du sujet que parce que ce médicament actif n'existant pas encore au Codex, il nous a paru convenable d'appeler sur l'utilité d'une formule invariable l'attention des pharmaciens.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Des polypes naso-pharyngiens (1).

Par M. le docteur X. Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

*Conclusions.* — Sans avoir la prétention de poser des préceptes absolus, je pense qu'il est loisible de n'adopter de prime abord aucune méthode exclusive, quand on se trouve en face d'un polype naso-pharyngien. On peut tenter au début une opération très-simple, éviter les incisions préalables; puis, si les essais avortent, recourir à la resection de la voûte palatine ou du maxillaire pour faire l'ablation ou en assurer le résultat.

L'incision simple du voile du palais peut être négligée, tellement son avantage est de peu d'importance. Pourquoi le couper, quand on peut le relever et annihiler momentanément son action ?

Quant à la resection de la voûte, elle permet un accès plus facile à l'œil, au doigt et aux caustiques. Je crois cependant avoir démontré que le toucher de la voûte pharyngienne peut se faire dans tous les cas, et qu'il donne de plus précieux renseignements que la vue. Maintenant, du reste, il n'est pas un point de la cavité qui ne puisse être exploré par l'œil, grâce à la *pharyngoscopie*. Cette méthode nouvelle, qui demande deux ou trois séances d'essais avant de donner des résultats satisfaisants, doit rassurer ceux qui pourraient douter encore de la possibilité d'inspecter avec le doigt tous les recoins du pharynx. L'écrasement linéaire, la cautérisation avec le canquoin, l'examen de la cavité avec le miroir, me paraissent devoir réduire les cas d'application de la resection palatine, qui est cependant quelquefois une ressource très-précieuse.

Mais la resection du maxillaire supérieur me semble la seule opération préliminaire nécessaire dans les cas extrêmes. M. Michaux, de Louvain, en a surtout démontré l'importance.

Quand on n'avait d'autres ressources que l'arrachement et l'excision, il fallait une large voie pour introduire les instruments ou

(1) Suite et fin, voir les numéros des 30 oct. et 15 nov., p. 349 et 397.

parer aux accidents; l'écrasement permet d'opérer dans un espace plus restreint.

Enfin il est encore un argument qu'on peut diriger contre les procédés préliminaires, c'est qu'ils empêchent d'endormir les malades au début de l'opération ; ce qui mérite d'être pris en considération.

Voici la relation de deux opérations de polypes naso-pharyngiens, qui viennent à l'appui de mes conclusions :

*Obs. I.* — François Perrin, cultivateur, âgé de dix-huit ans, entre le 19 janvier 1860, salle Saint-Sacerdos, n° 66.

Depuis trois mois, ce malade s'aperçoit d'une obstruction de la narine droite, accompagnée d'épistaxis; mais jamais il n'a ressenti de gêne dans la déglutition. On a essayé plusieurs fois l'extraction avec des pinces, pensant avoir affaire simplement à un polype du nez. Ces tentatives ont déterminé des hémorrhagies abondantes et l'ablation de quelques débris très-résistants.

L'examen micrographique a fait reconnaître qu'ils étaient constitués par : 1° du tissu fibreux ; 2° des éléments fibro-plastiques, variété fusiforme, et de l'épithélium pavimenteux, nucléaire et prismatique.

En portant le doigt derrière le voile du palais, on sent un polype arrondi qui s'enfonce dans l'orifice postérieur de la fosse nasale droite et qui est fortement appliqué contre la paroi postérieure du pharynx, de sorte qu'on ne peut glisser le doigt en arrière. Toutefois, le point d'implantation paraît être en haut de la paroi latérale droite. La cloison est un peu déviée à gauche.

*Opération* 25 janvier 1860. Le voile du palais est relevé suivant le procédé de M. Desgranges. On fait quelques tentatives pour placer l'anse d'un fil à ligature ; elles n'aboutissent qu'à rendre la tumeur très-mobile. Alors on la saisit avec des pinces à polype introduites par les fosses nasales, tandis que l'index de la main droite, introduit derrière le voile du palais, fixe solidement la tumeur, et on l'arrache.

L'exploration subséquente démontrant que la racine avait été complétement enlevée, on juge inutile d'appliquer la cautérisation. Huit jours après, le malade sort en apparence bien guéri. Actuellement, c'est-à-dire environ deux ans après l'opération, François Perrin n'a point eu de récidive, d'après le dire du médecin de son pays.

*Obs. II.* — Antoine Perraud, âgé de quatorze ans, entre le 22 octobre 1861, salle Saint-Sacerdos, n° 49, affecté d'un polype pharyngien.

Au commencement du mois de mars, cet enfant s'aperçut qu'il respirait difficilement, et qu'il éprouvait de la gêne pour avaler, principalement les aliments durs. A partir de cette époque, il maigrit rapidement ; car, à la difficulté de la déglutition et de la respiration vinrent se joindre de fréquentes épistaxis.

A son entrée dans le service, on reconnaît l'existence d'un polype pharyngien qui fait saillie au-dessous et en arrière du voile du

palais. Au toucher, on constate que cette tumeur est dure, légèrement aplatie d'avant en arrière, et un peu mobile dans tous les sens. Elle se prolonge dans la partie supérieure du pharynx, où elle s'insère par une base qui est un peu moins volumineuse que l'extrémité. Le point d'attache paraît être à l'apophyse basilaire et à la suture pétro-occipitale gauche; elle n'envoie pas de prolongement dans les fosses nasales; toutefois, la respiration nasale est complétement impossible, et ce n'est qu'avec de grands efforts que le malade peut respirer un peu d'air par la narine droite; la nuit, il ronfle beaucoup et dort la bouche ouverte; sa parole est très-gênée; il semble frappé de stupeur et dans un état de débilité extrême.

Le 2 novembre, il y a eu une épistaxis abondante.

*Opération* 4 novembre 1861. Le malade est éthérisé. Une anse de corde très-forte, introduite par la narine gauche, est placée avec les doigts derrière le polype. Cette anse est poussée jusqu'à la hauteur de l'orifice postérieur des fosses nasales; puis l'écraseur est mis en place, et la constriction commencée. A ce moment, on laisse le malade s'éveiller, afin qu'il puisse cracher le sang plus facilement. On imprima des mouvements de rotation au treuil sur lequel s'enroule la corde, pendant dix minutes environ, pour opérer la section complète. Avant de l'achever, on eut soin de saisir le polype avec des pinces de Museux, pour le retirer et l'empêcher de tomber dans la gorge. De la sorte, l'opération fut faite à peu près sans douleur; l'hémorrhagie fut insignifiante.

*Examen de la tumeur*. Elle possède presque le volume d'un œuf; elle paraît pédiculée; mais le toucher permet de constater que la base d'implantation est très-large, et que cette apparence de pédiculisation tient à la constriction de la corde. Elle est légèrement aplatie d'avant en arrière. En avant et en bas, elle présente une large ulcération qui était l'origine d'un suintement très-fétide; elle est irrégulièrement mamelonnée; sa consistance est dure, fibreuse, solide. Au microscope, on trouve du tissu fibreux, des épithéliums nucléaires, des culs-de-sac, et de la matière amorphe.

Deux jours après l'opération, on constate par le toucher qu'il reste des débris assez volumineux de la racine du polype.

Le 11 novembre, c'est-à-dire sept jours après l'ablation, on explore de nouveau la tumeur avec le doigt, et l'on constate que les nombreux lambeaux flottants que l'on avait sentis distinctement quelques jours auparavant ont complétement disparu, et que la surface de la voûte pharyngienne est assez régulière. Néanmoins on pratique la cautérisation, pour éviter toute chance de récidive.

Après avoir éthérisé le malade, on introduit au moyen de la sonde de Belloc un double fil qui passe du nez dans la bouche. L'un de ces fils est fixé à l'extrémité d'une baleine flexible, dont l'autre bout, ayant la forme d'une spatule, porte la plaque de Canquoin destinée à la cautérisation. Le fil étant retiré, la baleine s'introduit facilement de la bouche dans le nez, et la partie qui porte le caustique est appliquée directement avec le doigt sur la racine du polype,

Le second fil servit à introduire deux plumasseaux de charpie cératée, destinés à maintenir le caustique directement appliqué contre la voûte et à l'empêcher de glisser sur les parties latérales. Une petite tige de fer appliquée sur le plancher des fosses nasales et passant au-dessous des bourdonnets de charpie, tient le tout immobile. Cette tige est fixée à l'extérieur au moyen d'un appareil de Krammer.

Pendant les deux premières heures qui suivirent l'application du caustique, l'enfant pleura et souffrit beaucoup dans la tête et dans le nez; puis les douleurs se calmèrent un peu. Au bout de sept heures de cautérisation, on enleva l'appareil. Au toucher, l'escarre était parfaitement limitée. On put s'assurer que le caustique n'avait attaqué ni le pharynx, ni le voile du palais, ni ses piliers. Pendant toute la journée, crachats abondants; mais l'appareil n'empêche point la parole.

Le 27 novembre, l'escarre se détache; elle a à peu près le volume d'une amande; le toucher permet de s'assurer que le pharynx est débarrassé de tout produit morbide. On sent l'os dénudé au niveau de la partie antérieure gauche de l'apophyse basilaire. La trompe d'Eustache a été atteinte par le caustique. Une petite portion qui est flottante est enlevée facilement avec des pinces à polype, ce qui permet de constater sa consistance fibro-cartilagineuse.

Depuis quatre jours, il y a suppuration du conduit auditif externe. Cependant la membrane du tympan ne paraît pas avoir été détruite; car, lorsque le malade souffle, l'air ne passe point par l'oreille, et l'ouïe est parfaitement conservée.

8 décembre. On ouvre avec le bistouri un petit abcès qui s'est formé au niveau de l'apophyse mastoïde.

Le 19, la suppuration est à peu près complétement tarie; le doigt, introduit dans le pharynx, reconnaît que toutes les parties sont à l'état normal. La dénudation osseuse ne se perçoit plus, et la cicatrice semble complète.

Le 25 décembre, cet enfant quitte l'hôpital, ne conservant aucune trace appréciable, ni de son mal, ni de l'opération. Il a pris de l'embonpoint et jouit d'un excellent appétit.

*Réflexions.* — Ainsi, voilà deux polypes qui ont été enlevés sans opérations préliminaires; mais la seconde observation me paraît seule digne de quelque attention, soit à cause du volume de la tumeur, soit à cause de l'indocilité du sujet. Grâce à l'emploi combiné de l'éthérisation, de l'écrasement et de la cautérisation, l'opération a été tout à la fois simple et précise; le malade a évité une bonne partie des souffrances qu'il n'eût pas manqué de ressentir par une autre méthode, et cela a été extrêmement favorable pour le succès des manœuvres, car il était très-pusillanime.

Le voile du palais ne gêna pas un seul instant, sans quoi on l'eût relevé, suivant la pratique de M. Desgranges. L'ablation de la

tumeur eût à peine nécessité cinq minutes, si l'on n'avait voulu se mettre en garde contre l'hémorrhagie, qui est quelquefois la conséquence d'un écrasement trop rapide.

La cautérisation fut pratiquée seulement huit jours après l'ablation, et je n'ai eu qu'à me féliciter de cette temporisation, car plusieurs débris mortifiés par l'écrasement étaient tombés quand on appliqua le caustique, dont l'action fut ainsi simplifiée. La chute de l'escarre principale se fit au seizième jour, mais il est probable que des débris avaient déjà été expectorés les jours précédents. Le doigt, après cette chute, constata la dénudation de la partie gauche de la voûte où s'insérait le polype; plus tard, on s'assura également, par le toucher et par la pharyngoscopie, que la cicatrisation était achevée. Tout permet d'espérer que chez cet enfant la guérison sera durable.

## BIBLIOGRAPHIE.

*L'histoire et la philosophie dans leurs rapports avec la médecine*, par M. le docteur C. Saucerotte, médecin en chef honoraire d'hôpital, officier de l'instruction publique, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

Un fournisseur de Talleyrand, fatigué d'envoyer au grand seigneur des notes qu'il ne payait jamais, se risqua un jour à lui adresser cette question : « Quand donc enfin Son Excellence daignera-t-elle me payer? —Vous êtes bien curieux, » lui répondit avec un superbe aplomb le célèbre diplomate. Si maints personnages historiques, auxquels la médecine contemporaine se complaît à demander la raison de leurs actes, pouvaient répondre, beaucoup, j'en suis sûr, ne répondraient pas autrement que l'ancien évêque d'Autun : « Vous êtes bien curieux, messieurs les médecins. » Le fait est que, dans cette clinique historique rétrospective, l'amour de la science nous entraîne un peu loin, et qu'il est fort à craindre que notre diagnostic, qui a ses défaillances alors même qu'il s'applique à la maladie actuelle, à la maladie vivante, ne s'égare plus d'une fois quand il prétend à saisir la vérité des choses à travers la distance des siècles. D'un autre côté, à supposer même que la sagacité du médecin, du physiologiste, si vous voulez, parvînt à lire, à travers le voile souvent fort peu transparent de l'histoire, la vérité sur les questions que se pose le diagnostic historique, quel bénéfice en résulterait-il et pour la médecine, et pour la science du gouvernement des hommes? On ne le voit guère, ou plutôt on ne le voit pas du tout.

Que plusieurs des césars qui ont régné sur Rome abaissée aient été des fous ou des scélérats, cela ne nous importe guère : car, grâce à Dieu, les conditions au milieu desquelles s'est manifestée cette tyrannie qu'a si énergiquement flétrie l'histoire, ont à jamais disparu. Le sentiment du droit, une plus juste appréciation de la dignité de l'homme, en se faisant jour au sein de l'humanité, ont rendu impossible le retour des iniquités qu'à cette distance du temps nous ne pouvons même plus concevoir que comme des actes de folie. Il ne peut donc, à ce point de vue, sortir de ces études aucun enseignement utile pour le gouvernement social des hommes. La médecine peut-elle y gagner davantage ? J'ai peur, au contraire, que, dans plus d'un cas, elle ne s'y soit compromise. A qui persuadera-t-on jamais que Socrate, Brutus, Mahomet, Pascal, etc., etc., aient été des insensés qui, s'ils eussent vécu du temps de Leuret ou de M. Lelut, etc., n'auraient eu rien de mieux à faire que se renfermer dans un asile, et se soumettre à un traitement méthodique pour s'y faire soigner de leur génie ? M. le docteur Saucerotte, qui, dans un des principaux fragments médico-philosophiques dont se compose le livre intéressant qu'il vient de publier, touche à ces délicates questions, le fait heureusement en homme qui ne s'est point absorbé dans la spécialité de la psychiatrie, et n'arrive point par conséquent à des conclusions si absolues. Comme M. Brierre de Boismont et d'autres, il estime et démontre aisément que l'hallucination est très-compatible avec la raison la plus saine et la plus vigoureuse. Cette restriction parfaitement légitime, il l'applique surtout, et avec raison, aux hommes qui, plus près de nous, en sont mieux compris, et ont donné par leurs œuvres encore vivantes, ou leurs ouvrages, la mesure de leur intelligence ou de leur amour du bien. Il est plus sévère à l'égard d'un grand nombre d'empereurs romains, qu'il considère comme ayant été dûment atteints de la plus orthodoxe folie. Mais qu'il lise le livre de M. Alfred Maury sur *la Magie et l'astrologie dans l'antiquité et au moyen âge*, et il s'assurera que les cruautés, les violences des Commode, des Valens, des Constance, etc., etc., qui, à cette distance, et quand on les considère en elles-mêmes, nous paraissent inexplicables sans une altération profonde de la raison, se liaient presque toujours dans leur esprit à des superstitions, dont le premier résultat était de les mettre en une transe perpétuelle sur la conservation de leur pouvoir. J'avoue qu'il est plus consolant, et surtout plus honorable pour l'humanité, de penser que les auteurs d'atrocités innomées furent des insensés dans la signification scientifique du mot, plutôt que

des méchants; mais là n'est pas la question; et cette question surtout n'est pas de celles qu'on peut résoudre par le sentiment.

Au reste, à part le jugement un peu absolu que porte M. Saucerotte dans ce chapitre de la clinique de l'histoire, nous ne pouvons que donner un complet assentiment à la sage réserve qu'il met dans ses jugements, lorsqu'il s'agit d'apprécier et de caractériser l'état mental d'une foule de personnages qui agirent et se développèrent dans un milieu qu'aujourd'hui nous parvenons à peine à comprendre. Un critique profond qui, grâce à une imagination puissante et à une science immense du passé, a pénétré plus avant que personne peut-être dans l'analyse du jeu spontané des facultés de l'âme dans des conditions qui ne se reproduiront plus, M. Ernest Renan, a émis, sur les questions qui se posent à propos du livre dont nous parlons en ce moment, des idées que nous demandons la permission de soumettre ici à l'attention de nos psychiatres absolus. « Gardons-nous, dit le très-peu orthodoxe mais, quoi qu'on en dise, le très-religieux auteur, gardons-nous donc de mutiler l'histoire pour satisfaire nos mesquines susceptibilités. Qui de nous, pygmées que nous sommes, pourrait faire ce qu'a fait l'extravagant saint François d'Assise, l'hystérique sainte Thérèse? Que la médecine ait des noms pour exprimer ces grands écarts de la nature humaine; qu'elle soutienne que le génie est une maladie du cerveau; qu'elle voie dans une certaine délicatesse de moralité un commencement d'étisie; qu'elle classe l'enthousiasme et l'amour parmi les accidents nerveux, peu importe. Les mots de sain et de malade sont tout relatifs. Qui n'aimerait mieux être malade comme Pascal, que bien portant comme le vulgaire? Les idées étroites qui sont répandues de nos jours sur la folie égarent de la façon la plus grave nos jugements historiques dans les questions de ce genre. Un état où l'on dit des choses dont on a peu conscience, où la pensée se produit sans que la volonté l'appelle et la règle, expose maintenant un homme à être séquestré comme halluciné. Autrefois cela s'appelait prophétie et inspiration. Les plus belles choses du monde se sont faites à l'état de fièvre; toute création éminente entraîne une rupture d'équilibre, un état violent pour l'être qui la tire de lui. » (*Vie de Jésus.*) Oui, la médecine a des noms pour exprimer ces choses, mais souvent elle les applique mal; pour nous édifier complétement sur ce point, rappelons-nous, et cela nous dispensera de nous étendre davantage sur ce point, qu'un des plus grands médecins de ce siècle, J. Franck, a considéré, sans métaphore, la révolution de 1789 comme le résultat d'une folie épidémique.

M. Saucerotte n'a pas craint de toucher à des questions qui plus que jamais sont à l'ordre du jour; je me suis laissé aller au même courant, et je m'aperçois, au moment où je touche aux limites dans lesquelles je dois me renfermer, que je n'ai indiqué qu'un des nombreux sujets qu'il a traités dans son fort intéressant recueil : qu'on me permette au moins, avant de finir, de mentionner les autres fragments dont son livre se compose. Après avoir traité du rôle de la médecine dans l'histoire, notre très-distingué confrère de Lunéville aborde la question, toujours posée mais jamais résolue, des rapports de l'âme et du corps ; puis il traite successivement de l'influence de quelques maladies sur les facultés de l'âme; du magnétisme et du somnambulisme ; de l'entraînement en matière d'éducation ; des rapports de l'économie politique avec la physiologie et l'hygiène ; de l'histoire comparée de la médecine et de la philosophie; de la logique médicale ; enfin il termine son volume par un essai sur le régime alimentaire des anciens et un aperçu qui ne manque pas de finesse et de vérité sur les médecins avant et après la révolution. L'auteur s'est efforcé de rattacher les uns aux autres ces fragments si divers en apparence, et il y réussit souvent, mais souvent aussi, nous devons le dire, il nous semble que le lien se brise ou le point de suture nous échappe : ce n'est là d'ailleurs qu'une question qui importe peu. Le point essentiel, c'est que là partout se marque l'empreinte d'un esprit judicieux, rompu de longue main à la discipline des études sérieuses, possédant des notions précises dans les sciences diverses, dont il étudie les rapports avec la médecine; or, ce triple signe de la force réelle, nous pouvons affirmer qu'on le trouve, bien qu'à des degrés divers, dans chacun des fragments que nous venons de rappeler. Si nous ajoutons que M. Saucerotte, concevant nettement les choses, les traduit presque constamment dans un style facile, correct, et sobrement coloré, comme il convient à un ouvrage de science, nous espérons que tous les médecins qui disent avec Bacon, *medici toti non sint in sordibus curarum*, voudront lire l'ouvrage du savant médecin de Lunéville, et nous pouvons leur assurer à l'avance qu'ils y trouveront plaisir et profit.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Création d'un service spécial pour les maladies des organes urinaires dans les hôpitaux. — Le service des calculeux que l'administration de l'assistance publique a créé en 1829 à l'hôpital

Necker, afin de faire participer les indigents aux bienfaits de la lithotritie et de propager la connaissance pratique de la nouvelle méthode d'opérer la pierre, ce service vient de subir des modifications qui ne doivent pas passer inaperçues. La première et la plus importante à nos yeux n'est pas l'agrandissement qu'on lui a donné, mais bien sa constitution définitive. Grâce au zèle de M. Civiale qui, par un enseignement clinique, dont la durée ne compte pas moins de trente-quatre années, a produit des preuves irréfragables de la valeur de la lithotritie ; grâce surtout à sa libéralité, puisqu'il a constitué une rente perpétuelle pour les honoraires du chirurgien appelé à lui succéder, les hôpitaux de Paris comptent aujourd'hui un service spécial de plus.

L'administration de l'assistance publique, que n'aveuglent pas les rivalités professionnelles, voulant reconnaître autant qu'il était en son pouvoir les efforts persévérants du créateur de la lithotritie, vient de réorganiser son service ; elle a doublé le nombre des lits et, de plus, a disposé des chambres particulières, à un ou deux lits, de façon à pouvoir recevoir les calculeux de province ou ceux de Paris qui ne sont pas assez pauvres pour recevoir des secours gratuits ; enfin elle a comblé un vide de ce service en ajoutant une salle de femmes de quatre lits.

La profession médicale, ou mieux, les chirurgiens des hôpitaux se sont-ils montrés aussi reconnaissants ? Car enfin l'organisation du service des calculeux n'est pas seulement une œuvre philanthropique ; elle est surtout une institution scientifique, puisqu'elle fournit une source nouvelle d'enseignement clinique, en même temps qu'elle crée une place de plus au profit des chirurgiens du bureau central. Il serait loin d'en être ainsi, d'après le discours prononcé par M. Civiale pour l'ouverture de ses conférences. Ce terrain est trop délicat pour que nous voulions y suivre notre confrère ; c'est toujours la lutte des encyclopédistes et des spécialistes. Pour s'entendre, il suffirait de se placer au point de vue de l'enseignement de notre art, au lieu de considérer seulement les *spécialités* au point de vue de la pratique. Comment faire de l'enseignement sans créer auparavant des services spéciaux, lorsqu'ils n'existent pas dans nos hôpitaux ? Cette faute, la Faculté l'a commise l'an dernier, en instituant quelques-unes des chaires de clinique destinées à combler les vides de l'enseignement pratique des élèves. Les professeurs qui étaient en possession de services spéciaux, comme MM. Hardy et Roger, peuvent poursuivre la mission qui leur a été confiée ; les autres ont dû y renoncer, témoi M. Follin,

chargé d'enseigner l'ophthalmologie dans un hôpital consacré au traitemement des maladies vénériennes.

Ce n'est pas devant les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, qui ont eu sous les yeux un bon nombre des travaux de M. Civiale, que nous avons à défendre la lithotritie contre les attaques injustes dont elle a été l'objet. Le broiement de la pierre substitué à l'opération de la taille a réalisé un trop graud progrès en thérapeutique pour que nous ayons à y revenir. Les procédés de la lithotritie ont introduit dans la pratique chirurgicale le *principiis obsta;* leur innocuité a fait disparaître cette temporisation si préjudiciable aux malades, puisqu'elle prolongeait leurs souffrances en même temps qu'elle laissait le calcul augmenter de volume.

La pratique de la lithotritie dans les cliniques de la Faculté est-elle aussi défectueuse que le pense M. Civiale, et dans sa critique de l'enseignement officiel notre éminent confrère ne se laisse-t-il pas entraîner à son tour par ses instincts de paternité? Nous le craignons. Il est un point cependant sur lequel M. Civiale n'a peut-être pas complétement tort; nous faisons allusion aux soins préliminaires que réclament les malades sur lesquels l'on doit pratiquer la lithotritie. Certains chirurgiens, en effet, se hâtent peut-être un peu trop d'opérer, répètent et prolongent leurs manœuvres opératoires plus qu'il n'est nécessaire pour éloigner les causes d'accidents et assurer toujours le succès de l'opération. Nous reviendrons sur ces points importants. Aujourd'hui nous avons voulu appeler l'attention sur la constitution définitive du service des calculeux, qui se transforme par là et par son agrandissement en service spécial des maladies des organes urinaires. Ajoutons que ce résultat, ainsi que l'accueil que M. Civiale a reçu de l'assistance nombreuse et choisie qui remplissait l'amphithéâtre, a dû prouver à notre éminent confrère qu'on n'attendait pas toujours la mort des bienfaiteurs de l'humanité pour leur rendre justice.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

### REVUE DES JOURNAUX.

**Accidents déterminés par la migration d'une racine de dent.** Voici un fait que M. Delestre a communiqué dernièrement à la Société médicale du neuvième arrondissement, et qui mérite une attention particulière. C'est un cas rare sans doute; mais, à cause même de sa rareté, il est bon de le connaître, afin de ne pas être exposé, dans des circonstances semblables, à des tâtonnements et à des erreurs de diagnostic, comme il en est précisément un exemple.

Une jeune dame, adressée il y a quelques mois à M. Delestre par un de nos confrères de province, présentait du côté gauche de la voûte palatine, au niveau de la première molaire, absente, à 1 centimètre environ du rebord gingival, une perte de substance régulièrement arrondie, noirâtre, de la largeur d'une petite lentille, à bords taillés à l'emporte pièce. Plusieurs médecins avaient été successivement consultés, et l'affection, regardée par eux comme une carie du maxillaire, avait été soumise à divers traitements, qui tous étaient restés sans succès. M. Delestre essaya de reconnaître, à l'aide d'un stylet, à quelle affection osseuse il avait affaire; l'instrument frappait sur une partie éburnée et ne donnait ni la crépitation de la carie, ni la rudesse d'un séquestre. En appuyant fortement de côté et d'autre, il crut sentir un peu de mobilité : introduisant alors les deux mors très-effilés d'une pince à racine, il retira, à son grand étonnement, une racine de dent, large de près de 1 centimètre. Cette racine provenait évidemment de la première molaire ; elle avait cheminé dans l'épaisseur du maxillaire et était venue se placer perpendiculairement à la voûte palatine. La malade, revue au bout de quinze jours, était complétement guérie.(Compte rendu de la Soc. du IXe arr., *in Un. méd.*, nov. 1863.)

---

**Nouvel exemple témoignant en faveur de la névrotomie dans les cas de tétanos traumatique.** Aux faits de ce genre que nous avons rappelés et à celui que nous avons consigné avec quelques détails dans notre numéro du 30 août dernier, nous pouvons ajouter le suivant, qui s'est rencontré dans la pratique du docteur Fayrer, de Calcutta.

Un jeune brahmine, âgé de vingt-deux ans, fut admis à l'hôpital de Calcutta le 5 novembre. Huit jours auparavant, il s'était enfoncé dans la main gauche des éclats de bambou qui s'étaient brisés et étaient restés logés dans l'éminence thénar, vers la base du pouce. Il survint, à la suite, de la suppuration et une vive douleur. Pendant les trois jours qui précédèrent l'entrée à l'hôpital, le malade pouvait fléchir les doigts ; mais quand il voulait les porter dans l'extension, le pouce et les trois doigts, innervés par le médian, se contractaient spasmodiquement, et subissaient une sorte de torsion. Point de spasme du bras, mais douleur dans l'épaule gauche et resserrement partiel des mâchoires. La santé semblait bonne à tous autres égards. Le docteur Fayrer fit une incision à la région palmaire et retira un des corps étrangers, de un pouce de long ; lavement d'huile de ricin et de térébenthine, 2 grains d'opium. Le lendemain, continuation des contractions spasmodiques de la main, spasmes fréquents dans le dos et rigidité de la mâchoire, symptômes que suscitait le moindre attouchement. Teinture de chanvre indien et chloroformo, cataplasmes laudanisés, lait et sagou pour aliments. M. Fayrer fit l'extraction d'un autre fragment de bois. Comme ces fragments se trouvaient implantés précisément au point où le nerf médian se divise en ses branches digitales, le malade ayant été soumis à l'action du chloroforme, le docteur Fayrer coupa ce nerf immédiatement au-dessus du ligament annulaire. D'abord, il n'y eut que peu d'effet. Mais six heures après l'opération, le malade accusa un peu d'engourdissement dans les doigts, et de la douleur dans la main et le bras ; mais les contractions dans cette dernière partie du membre étaient devenues beaucoup moins fréquentes et moins violentes. Le lendemain, pas de roideur dans le cou et les mâchoires ; persistance des spasmes du bras et de la main, mais moins intenses et moins persistants : continuation de l'extrait de chanvre, de l'opium et du chloroforme. Le 12 novembre, formation de pus dans la main, et, après incision, élimination d'un autre fragment de bambou. Les spasmes cessèrent, mais les doigts continuèrent à rester fléchis dans la paume de la main, quoique avec moins de roideur qu'auparavant. La main demeura contractée encore quelque temps après la disparition de tout état spasmodique. Lorsque le blessé quitta l'hôpital, le 28 novembre, il pouvait, avec un peu d'effort, redresser les doigts, et il était en voie d'en recouvrer peu à peu le libre usage.

On peut se demander si la cessation des symptômes tétaniques dépendit de la division du nerf ou de l'action de médicaments administrés à l'intérieur. Il est permis de penser qu'elle fut plutôt le résultat de l'opération, si l'on remarque que ces symptômes s'arrêtèrent presque immédiatement après. (*British medical journal*, oct. 1863.)

---

**Santonine prise à l'intérieur et pouvant faire croire à l'existence d'un diabète sucré.** Appelé, il y a un mois environ, auprès d'un jeune garçon de huit ans, bien portant d'ordinaire, mais souffreteux depuis une quinzaine de jours, M. le docteur Notta trouva cet enfant sans maladie caractérisée, ayant seulement de l'anorexie, un sentiment de faiblesse générale, de la pâleur et une soif vive. En présence de ce dernier symptôme, toutes les fois qu'il n'est pas motivé par une fièvre suffisante, notre distingué confrère de Lisieux est dans l'habitude d'examiner les urines et de les faire chauffer avec de la potasse caustique. En traitant de cette manière l'urine de son jeune malade, il lui vit prendre une belle couleur rouge cerise, qui n'était pas, dit-il, celle qu'on obtient lorsqu'il y a du sucre, mais qui s'en rapprochait tellement qu'à un examen superficiel on aurait pu conclure à l'existence du diabète. Ayant, en conséquence de cette coloration non absolument caractéristique de la présence du glycose, traité l'urine par la liqueur de Fehling, il n'obtint aucun précipité : l'urine ne contenait donc pas du sucre; mais alors quelle était la cause de sa coloration? Le lendemain, mêmes résultats. Pressés de questions, les parents finirent par avouer que, dans la crainte d'une affection vermineuse, on faisait prendre à l'enfant tous les jours des pastilles de santonine. M. Notta en fit cesser l'usage, et au bout de quelques jours, l'urine, traitée par la potasse, avait cessé de se colorer en rouge. Mais était-ce bien la santonine qui était la cause du phénomène? En l'absence de toute mention du fait dans les auteurs, notamment dans l'ouvrage de Gulding Bird, notre confrère eut recours à des expériences sur lui-même : s'étant mis à prendre chaque soir deux pastilles de santonine, il trouvait le lendemain que son urine, chauffée avec la potasse caustique, donnait la coloration rouge cerise. Ainsi c'était bien à la santonine qu'il fallait attribuer cette réaction spéciale. En répétant ces expériences, M. Notta n'a pas tardé à reconnaître que la potasse caustique détermine instantanément la coloration rouge, même à froid; c'est là un bon caractère pour différencier les urines contenant de la santonine de celles qui renferment du sucre; dans ce dernier cas, on sait que la coloration rouge brunâtre ne se produit instantanément que sous l'influence de la chaleur.

Sans chercher à savoir à quelle réaction chimique est due cette coloration particulière, nous remarquerons que ce fait a de l'importance au point de vue pratique. Il est fort commun que dans les familles on administre les pastilles de santonine aux enfants, sans ordonnance médicale. Qu'un médecin, chez un de ces enfants, par un motif analogue à celui qui a fait agir M. Notta, vienne à examiner les urines et à les traiter par la potasse, il est évident que, s'il ignore la réaction chimique qui vient d'être signalée, il pourra être exposé à commettre une erreur de diagnostic et à croire à l'existence du sucre dans les urines, quand il n'y aura en réalité qu'un phénomène parfaitement normal dû, à l'ingestion de la préparation anthelmintique. (*Union médicale*, novembre 1863.)

---

**Kyste muqueux à la face laryngienne de l'épiglotte, reconnu au moyen du laryngoscope, et traité avec succès par l'incision.** Nous continuons à enregistrer les conquêtes que réalise chaque jour la chirurgie, grâce au laryngoscope, tant dans le diagnostic que dans le traitement des affections du larynx.

Un jeune garçon de onze ans, très-intelligent, entra à l'hôpital de Guy, dans le service du docteur Wilks, en juin 1863, souffrant depuis trois ans d'une altération de la voix qui avait augmenté graduellement, et en même temps de dyspnée et de dysphagie. Au moment de l'admission, tous les symptômes présentaient une intensité considérable : douleur au niveau du larynx, augmentée par la pression, gêne considérable de la respiration, aphonie, impossibilité de parler autrement qu'à voix basse, déglutition des solides impossible, celle des liquides difficile. Dans la nuit du 14 juin le jeune malade fut saisi pendant son sommeil, ainsi qu'il l'avait déjà été plusieurs fois, d'une attaque de dyspnée extrêmement violente; on se préparait à faire la trachéotomie, mais M. Wilks préféra attendre, et le matin venu, sur sa demande, M. Durham procéda à l'examen laryngoscopique. On ne pouvait distinguer l'épiglotte avec sa forme normale; on apercevait à la place une tumeur volumineuse, arrondie, tendue, faisant saillie en arrière et en bas, couvrant

complétement et cachant l'ouverture de la glotte. De chaque côté, mais plutôt en arrière, on pouvait apercevoir une partie des replis aryténo-épiglottiques, tuméfiés et œdémateux. Cette tumeur pouvait être atteinte par le doigt. S'étant assuré par le toucher qu'elle contenait un liquide, M. Durham, avec le concours du docteur Wilks, y pratiqua immédiatement une incision au moyen d'un bistouri long, recourbé, à pointe bien affilée, dont la lame avait été en partie entourée d'une bandelette agglutinative. Il y eut un jet d'un mucus glaireux, épais, mêlé d'un peu de pus et de sang, lequel, examiné ensuite, fut reconnu semblable au contenu de la grenouillette quand elle commence à suppurer. Aussitôt après l'opération, tous les symptômes se trouvèrent calmés, et le soir l'enfant chantait dans son lit. Il fut intéressant de suivre par des explorations répétées de temps en temps la résolution graduelle de l'œdème et le retour des parties à leur état normal. A un dernier examen laryngoscopique, pratiqué quatre mois après l'opération, il ne restait pas trace du kyste, — car telle avait été, sans nul doute possible, la nature de la tumeur; — on distinguait seulement la cicatrice de l'incision à la partie inférieure de la face laryngienne de l'épiglotte. (*British med. journ.*, nov. 1863.)

---

**Cataracte produite par le seigle ergoté.** Un médecin autrichien, le docteur Meier, rend *la cataracte solidaire de l'ergotisme*, par un défaut de nutrition du cristallin dans ce cas. Une véritable endémie d'ergotisme ayant atteint 288 individus parmi la population du nord-est de Siebenbürgen en 1857, il a constaté, l'année suivante, 23 cas de cataracte lenticulaire parmi les survivants. Tous ces cataractés avaient souffert de six semaines à trois mois de l'ergotisme, la plupart de maux de tête et de crampes. Il y avait 15 femmes et 8 hommes; 3 ayant de dix à vingt ans, 17 de vingt à trente et 3 de cinquante à soixante ans. La cécité était venue graduellement, dans un œil d'abord, puis dans les deux. Le cristallin était dur dans deux cas, mou dans douze, et semi-fluide dans neuf, sans aucune complication. L'opération fut couronnée de succès dans la plupart de ces cas. (*Gazette méd. de Lyon*, sept. 1863.)

---

**Antidotes de la strychnine.** Nous continuons à enregistrer les documents au fur et à mesure qu'ils se produisent, espérant qu'on finira par trancher cette question, encore si controversée.

Le professeur Raneri Bellini, après s'être livré à une longue série d'expériences sur l'empoisonnement par la strychnine et ses sels, pense que l'acide gallique et le tannin, le chlore, les teintures d'iode et de brome, sont les meilleurs contre-poisons. « Le chlore, dit-il, neutralise la strychnine, même après qu'elle a été absorbée; car, sur des lapins empoisonnés avec le sulfate de strychnine et auxquels on fait respirer une grande quantité de chlore gazeux, les convulsions sont plus tardives, moins violentes quand elles se montrent, et la mort survient aussi moins rapidement. » M. Bellini a remarqué également que lorsque la strychnine est mélangée avec l'acide pyrogallique, l'apparition des convulsions est retardée d'une demi-heure; mais il attribue cet effet à une action de l'acide sur la membrane muqueuse stomacale, action par laquelle l'absorption du poison est rendue difficile. (*Annali di chimica.*)

---

**Invagination intestinale chez un enfant de quatre mois, guérie par le cathétérisme de l'intestin.** L'invagination intestinale chez les enfants est une de ces affections qui, à cause sans doute de leur rareté, attendent encore une description complète. Après avoir consacré à l'étude de cette maladie, et surtout à son diagnostic et à son traitement, des remarques pleines d'intérêt et destinées à éclairer l'un et l'autre d'une vive lumière, M. le docteur Bosia en rapporte une observation qui lui est propre, et que nous croyons devoir reproduire ici, tant à cause des détails nosologiques importants qu'elle renferme, qu'à cause du résultat favorable du moyen thérapeutique mis en usage.

Appelé, le 5 juin dernier, auprès d'un enfant de quatre mois, M. le docteur Bosia le trouve poussant des cris aigus et continuels. Il avait d'ailleurs toutes les apparences d'une excellente santé et s'était toujours très-bien porté, au dire de la mère, depuis sa naissance. — Dans la soirée du 4 juin, l'enfant avait commencé à pousser de cris au moment du coucher, à sep heures; il avait pleuré sans cesse depuis ce moment, au point que sa voix

était enrouée. Tous les soirs, à l'heure du coucher, la mère amusait son enfant en le faisant sauter sur ses genoux ; c'est pendant cet amusement que la maladie avait débuté. L'enfant n'a pas de fièvre ni de chaleur à la peau. Le visage est coloré par suite des pleurs et des cris incessants, mais non abattu. Rien d'anomal dans la poitrine. Le ventre est tendu et douloureux à la pression, surtout du côté gauche, où la main semble provoquer de la douleur, laquelle se traduit par un redoublement dans les cris du malade. L'exploration de l'abdomen est difficile à cause de la tension des parois ; aussi le diagnostic demeure-t-il indécis, quoique penchant vers une affection intestinale. Furent prescrits : un bain d'eau de son, des cataplasmes émollients, deux lavements d'huile d'amande douce, et une diminution dans l'alimentation. — Le 6, au matin, l'enfant est un peu plus calme, mais plus fatigué, le facies est pâle et grippé ; les yeux cerclés en noir et enfoncés dans les orbites, les sillons de la bouche et des ailes du nez fortement marqués. La peau est moite et chaude, le pouls petit, à 144. Il a vomi six fois depuis la veille ; il n'a rendu par en bas qu'une très-petite quantité de matières bilieuses, à peine striées de sang rouge et pur. Respiration fréquente, 32 inspirations par minute; ventre tendu et ballonné, beaucoup plus douloureux à la pression. Cette exploration réveille les cris de l'enfant et provoque de violents efforts de contraction, qui n'ont d'autre résultat que l'expulsion d'une très-minime quantité de matières glaireuses rougeâtres. L'examen du ventre fit découvrir dans le flanc une tumeur dure, arrondie, occupant la fosse iliaque gauche, et semblant se prolonger dans le petit bassin. La pression en ce point fait faire des efforts au petit malade, dont l'état d'anxiété redoublo. En présence de ces symptômes, M. Bosia resta convaincu qu'il existait un obstacle au cours des matières, et que cet obstacle n'était autre qu'une invagination intestinale siégeant dans le colon descendant. Ce diagnostic fut confirmé par l'exploration directe. Après avoir couché l'enfant sur le côté, et avoir fixé la tumeur à l'aide de la main gauche, le doigt, introduit dans le rectum, rencontra, à 5 centimètres environ au-dessus de l'anus, une tumeur molle, arrondie, remontant sous la pression du doigt, et redescendant aussitôt, surtout quand le petit malade faisait des efforts de défécation. Quelque tentative que l'on fasse pour élever le doigt, on ne trouve pas le collet de l'invagination, l'anse invaginée retombe toujours. Aussi, tout essai de réduction étant inutile, M. Bosia administra lui-même plusieurs lavements d'eau froide, qui demeurèrent aussi sans résultat. Une heure après l'administration des lavements survint une hémorrhagie intestinale (environ 60 grammes de sang). — Le soir, l'enfant n'allait pas mieux, les vomissements avaient continué, l'obstacle existait encore. Le toucher rectal le faisait toujours reconnaître. Les grands lavements froids étant de nouveau restés sans résultat, le cathétérisme intestinal fut pratiqué à l'aide d'une grosse sonde en gomme élastique munie à son extrémité d'une compresse de linge disposée en tampon. La sonde pénètre facilement dans le rectum, mais glisse toujours entre l'anse intestinale invaginée et la paroi rectale ; elle est très-difficilement dirigée par le doigt. Après une demi-heure de vaines tentatives, l'enfant fut placé sur un plan incliné, la tête en bas, et le cathétérisme fut recommencé. Au bout de quelques minutes, l'anse invaginée put être refoulée et reportée dans l'abdomen de toute la longueur de la sonde; immédiatement des gaz et des matières liquides furent rendus ; douze selles se produisirent dans l'espace d'une heure, et le calme reparut. L'enfant est demeuré complétement guéri. (*Gaz. des hôp.*, octobre 1863.)

**Ophthalmoscope réflecteur.** Dans la séance du 15 octobre de la société Harveyenne de Londres, M. le docteur Lawrence a montré l'ophthalmoscope réflecteur qu'il a récemment inventé. Il fit voir d'abord, au moyen de l'œil d'un lapin, que l'image du fond de l'œil éclairé pouvait être observée facilement sur une plaque de verre placée à angle convenable entre l'œil et la lampe. Il montra ainsi que l'image aérienne formée au foyer d'une lentille convexe pouvait être rendue visible par sa réflexion sur une plaque de verre placée au delà du foyer de la lentille. En procédant de cette manière, M. Lawrence fit voir la papille, la rétine et les vaisseaux choroïdiens de l'œil d'un lapin. Ce chirurgien a pu, dit-il, en employant cet instrument, observer les détails les plus minutieux du fond de l'œil humain; mais en même temps il fait observer que cet ophthalmoscope a besoin, dans sa construction, de modifications nombreuses avant de pou-

voir devenir d'un usage général, puisqu'il n'y a d'établi que le principe qui le fait consister en deux pièces essentielles : une lentille convexe, et une plaque de verre. (*Harveian Society of London*, oct.)

**Conséquences de la distribution des artères dans l'appareil auditif.** Le professeur Hyrtl a reconnu, au moyen d'injections délicates, que chez l'homme le labyrinthe reçoit ses vaisseaux de l'artère auditive, tandis que le rocher les reçoit de l'artère méningée.

Cette indépendance du labyrinthe, relativement au système sanguin, est d'un grand intérêt, parce qu'il donne l'explication d'un fait jusque-là obscur, signalé par les chirurgiens. Ils ont observé que la carie du temporal peut détruire presque entièrement le rocher, sans compromettre le sens de l'ouïe, en épargnant le limaçon et le vestibule, qui se trouvent alors sculptés comme par la main du plus habile anatomiste. (*Nat. hist, review*, et *Gazette de Lyon*)

## VARIÉTÉS.

*De la contention des hernies réductibles : bandage français* (1).

Dans les quelques lignes d'introduction que nous avons placées en tête de notre étude des bandages destinés à la contention des hernies réductibles, et sans aborder pour cela l'historique de ces appareils, nous aurions dû dire un mot des ceintures molles. Dans l'antiquité, au moyen âge et même jusqu'au dix-septième siècle, les chirurgiens n'ont fait usage d'aucun autre moyen, et certainement ils parvenaient à maintenir un bon nombre de hernies. Mais leurs malades pouvaient-ils continuer à se livrer à des exercices soutenus, à des travaux pénibles ? Cela est douteux.

De nos jours encore nous avons vu des médecins, tenant compte des ressources bornées des classes ouvrières, et en particulier de celles des campagnes, chercher à rappeler l'attention de leurs confrères sur l'emploi des ceintures en cuir et même en simple toile. Ces sortes de bandages peuvent être acceptés aujourd'hui seulement comme appareils provisoires et jusqu'à ce que les malades puissent s'en procurer un plus convenable. La violence des exercices auxquels se livrent ces individus leur impose l'usage de bandages d'une grande puissance.

Les ceintures molles, ainsi que le fait remarquer M. Malgaigne, exigent une striction d'autant plus énergique que, le bassin figurant une ellipse à grand diamètre transversal, la pression la plus forte s'exerce aux deux extrémités de ce diamètre, c'est-à-dire sur les hanches, et la plus faible au niveau de la hernie. De nos jours on a remédié à cet inconvénient en augmentant la hauteur des pelotes, soit en les armant d'un ressort spiral, soit à l'aide de divers mécanismes, en sorte que quelques-uns de ces bandages ont offert, même pour les hernies les plus difficiles, une très-grande efficacité. Mais pour la plupart des hernies, et notamment pour les plus légères, le bandage le plus communément appliqué est le *bandage français*.

On donne ce nom au brayer à ceinture métallique dont le ressort forme corps avec la pelote ; non-seulement il est d'origine française, mais encore c'est en France qu'on lui a fait subir les perfectionnements les plus importants. Quoique

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 474.

recommandé dès les premières années du quatorzième siècle, par Bernard Gordon, professeur à Montpellier, on a continué longtemps encore après lui à faire usage exclusivement des ceintures de toile ou de cuir, au-dessous desquelles on plaçait des pelotes plus ou moins dures.

Les premiers bandages métalliques furent construits en fer mou. Vers le milieu du dix-septième siècle un bandagiste français d'un grand talent, Nicolas Lequin, publia un petit traité sur la matière, dans lequel il met en relief les services que lui avaient rendus les bandages à ressort d'acier pendant une pratique de trente années. C'est donc à cet artiste distingué, remis en honneur par M. Malgaigne, et non au chevalier de Blégny qu'il faut rapporter cette découverte, dont la valeur ne tarda pas à se produire avec assez d'évidence pour que l'enseignement n'ait jamais disparu de la pratique. Depuis Lequin, bien des essais de perfectionnement ont été tentés ; les uns portèrent sur les pelotes, dont on a varié à l'infini la forme et la matière, les autres sur la forme et surtout les dimensions de l'étendue du ressort. Le perfectionnement le plus important de cette période d'essais est celui qu'en 1761 Tiphaine fit subir au bandage double, et qui a consisté à placer chacune des pelotes sur un ressort spécial.

Nous avons choisi les modèles courants que nous représentons dans la vitrine de notre habile fabricant, M. Charrière.

Le bandage français se compose de trois parties principales : le ressort, la pelote, puis la garniture, dans laquelle se trouvent compris la courroie et les sous-cuisses. Le ressort, ainsi que le nom l'indique, est formé d'un cercle d'acier trempé, arrondi de façon à embrasser à peu près la moitié de la circonférence du bassin. A son extrémité antérieure est fixée la pelote, tandis que l'autre extrémité repose sur la partie postérieure du sacrum. L'étendue de ce ressort, ainsi que sa forme et sa direction, a singulièrement varié : en France, il embrassait toujours plus de la moitié du corps ; Camper en a fixé l'étendue aux 10/12 de la circonférence du bassin. Dans les modèles livrés aujourd'hui par M. Charrière, l'extrémité postérieure du ressort s'arrête au niveau de la hernie ; cet enseignement a été fourni par M. le professeur Malgaigne. A propos du ressort Salmon il a fait remarquer que « le ressort des bandages herniaires peut assez bien se comparer à celui qui constitue les pincettes de cheminée ; n'est-il pas vrai que pour saisir solidement un tison, il faut que les bouts des pinces se répondent, et que le tison s'échappe si l'un des bouts passe par-dessous l'autre ? »

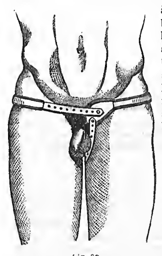


Fig. 39.

Or, l'extrémité postérieure du ressort français, dépassant de beaucoup par en haut le niveau de l'extrémité antérieure, faisait perdre une grande partie de la force de pression du bandage. Pour prévenir ce grief adressé au bandage français, M. Charrière a prolongé l'extrémité antérieure du ressort jusqu'au centre de la pelote. De cette façon le ressort français agit à la manière du ressort de Salmon ; les deux points de pression se correspondent exactement. Dès

qu'on place l'une des extrémités sur le canal ou l'anneau inguinal, l'autre va très-naturellement s'appuyer sur le point correspondant du sacrum. Quoique la forme du ressort français soit aussi une ellipse, comme ses extrémités se ferment en dehors de la ligne médiane du corps, il glisserait s'il n'était retenu par la courroie qui complète le cercle. Un sous-cuisse vient assurer la fixité de la pelote. Au total, le bandage français n'a jamais autant de puissance que le ressort anglais, mais pour les hernies légères qui peuvent être contenues à peu de frais, rien n'empêche d'y recourir ; et dans ces conditions, M. Malgaigne lui-même ne le rejette pas de sa pratique.

Des divers éléments du bandage, le plus important est la pelote. C'est elle, en effet, qui est l'agent immédiat de la contention, et la hernie sera maintenue d'autant plus efficacement, que la pression qu'elle exerce sur l'anneau sera plus exacte. Aussi chaque malade réclame-t-il une pelote spéciale, dont la forme variera suivant la nature des parties herniées et la disposition du canal à travers lequel se fait la protrusion de ces parties. Combien est rare cependant, dans la pratique, la construction des pelotes adaptées à l'état anatomique de la lésion ! Ce concours puissant de la pelote était mieux apprécié autrefois, alors qu'on ne faisait usage que de ceintures molles ; aussi sa forme, ainsi que la matière dont elle était constituée, variaient-elles à l'infini.

L'usage du bandage français sera d'autant plus fructueux que médecins et malades resteront bien convaincus que le succès de l'œuvre prothétique ne peut être assuré qu'autant qu'on n'acceptera pas toutes les pelotes construites à l'avance.

La forme étant l'élément capital de l'efficacité des pelotes, M. Malgaigne réclame que la matière dont elles seront construites soit moins dure que le bois, et qu'elle présente une certaine souplesse unie à une solide résistance. Le caoutchouc en masse compacte lui a paru une excellente matière, puis les pelotes en bois recouvertes de laine ; la plus commune de toutes est constituée par une enveloppe de toile solide, rembourrée de laine, de bourre, de crin, etc., et le tout, pelote et plaque, est recouvert d'une peau chamoisée, comme la ceinture métallique. Chacune de ces pelotes a ses indications spéciales, et pour mieux y répondre encore, leur forme ne doit pas être la même.

M. Malgaigne, accordant la préférence au bandage anglais pour les hernies légères, admet volontiers les pelotes mobiles, de forme elliptique ou ovoïde et de grandeur variable. Nous trouverons dans les indications qu'il pose, pour le choix de ces pelotes, un critérium pour juger les diverses formes données aux pelotes fixes du bandage français.

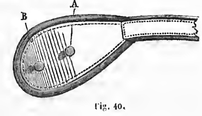


Fig. 40.

Dans les hernies indirectes parcourant tout le canal inguinal sans l'avoir trop dilaté, et descendant à l'aine ou dans le scrotum, si l'on recherche quel est, avec la main, le meilleur moyen de fermer ce canal et son orifice, on trouve, dit M. Malgaigne, que la pulpe du pouce, appuyé sur toute la longueur du canal, remplit cet office à merveille. La pelote en bec-de cane (fig. 40) nous paraît imiter assez bien l'action du pouce ; sa largeur est un peu plus étendue que celle du doigt ; de plus elle sera légèrement bombée, afin d'as-

surer la contention de la hernie en maintenant le contact des deux parois du canal. Ce sont les modèles qui conduisent aux cures radicales.

Lorsque les tissus sont affaiblis par l'âge et par l'obésité, les pelotes ci-dessus, petites et fortement bombées, auraient l'inconvénient d'érailler les aponévroses plus qu'elles ne le font encore; on doit leur donner une plus grande étendue, une grande mollesse, une surface à peu près plane; elles présentent, en outre, une forme triangulaire, afin d'appuyer sur le pubis et de ménager les parois du canal et les bords de l'anneau externe.

Dans les cas où la hernie est directe, on doit préférer la pelote à bec-de-corbin. Il faut, comme le recommande M. Malgaigne, en tailler le patron sur le malade lui-même, afin que le bord externe du triangle soit bien parallèle au pli oblique de l'aine et n'aille pas appuyer sur les muscles de la cuisse.

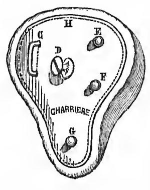


Fig. 41.

Ces pelotes ont besoin d'être bien rembourrées et que la saillie soit plus forte le long du bord supérieur, afin que, quand le reste de la pelote est appliqué contre le pubis, le bord supérieur fasse encore sentir sa pression à la paroi abdominale. Toutefois il ne faut pas qu'il y ait de démarcation tranchée entre cette saillie et le reste de la pelote, la convexité doit aller en mourant vers l'angle inférieur. Dans le modèle que nous publions (fig. 41), et que M. Charrière a construit pour un de nos clients, affecté d'une hernie épiploïque des plus difficiles à maintenir, l'angle inférieur est un peu plus rembourré; à cette seule condition, le bandage était efficace.

Avec ces trois formes de pelotes, on parvient à maîtriser la plupart des hernies inguinales.

Lorsque l'infirmité est héréditaire, les moyens de contention doivent être plus doux que dans les cas de hernie de force; mais lorsque les sujets sont jeunes encore, et leur constitution non détériorée, on ne doit pas hésiter à veiller avec soin à la construction du bandage et à son emploi, car ces modèles doivent conduire à la guérison radicale du malade. M. Malgaigne la promet jusqu'à l'âge de trente-six ans.

Quand il y a deux hernies, ou qu'on doit recourir aux pelotes à bec-de-corbin, M. Malgaigne abandonne les pelotes mobiles pour revenir à l'usage des pelotes fixées sur le ressort.

Nous avons vu que, pour le bandage anglais simple, il n'était pas toujours nécessaire de faire usage d'un sous-cuisse; il n'en est pas de même du bandage français; et, comme ce secours est d'un emploi fort gênant pour le malade, c'est un désavantage réel. Si nous joignons à cela que le ressort anglais a une durée plus longue, que sa garniture est plus légère, qu'il ne forme qu'une demi-ceinture, on s'explique la préférence que lui accorde l'éminent chirurgien toutes les fois que la hernie, pour être contenue, a besoin d'une certaine force.

*Séance publique annuelle de l'Académie de médecine.*

L'Académie de médecine a tenu aujourd'hui, 15 décembre, sa séance annuelle. Cette solennité présentait cette année un intérêt tout particulier. Les orateurs officiels de la savante compagnie avaient interverti leur rôle; M. Dubois (d'Amiens) s'est chargé du rapport général sur les prix que l'Académie allait décerner et a laissé le secrétaire annuel, M. Béclard, prononcer l'éloge de M. de Blainville. Le temps et l'espace nous manquent pour apprécier ces discours, qui ont été fort applaudis. Nous reviendrons sur cette intéressante séance dans notre prochaine livraison, et nous nous bornons à placer sous les yeux de nos lecteurs la liste des récompenses accordées par l'Académie.

PRIX DÉCERNÉS EN 1863.

*Prix de l'Académie.* — La question proposée était celle-ci : « Des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux. » Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, est décerné à M. le docteur L.-A. Raimbert, médecin des hospices de Châteaudun (Eure-et-Loir).

*Prix fondé par M. le baron Portal.* — La question proposée par l'Académie était la suivante : « Des altérations pathologiques du placenta et de leur influence sur le développement du fœtus. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Un seul mémoire a été envoyé à ce concours. L'Académie ne juge pas qu'il y ait lieu de lui décerner le prix; mais elle accorde une mention honorable à son auteur, M. J. Broers, docteur en médecine à Utrecht (Hollande).

*Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux.* — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « De la dyspepsie. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Dix-huit mémoires ont été soumis à l'examen de la commission. L'Académie décerne le prix à M. Guipon, docteur en médecine à Laon (Aisne). Elle accorde des mentions honorables à : 1° M. le docteur Emile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde); 2° M. Achille Chabrier, chirurgien, chef interne à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône); 3° M. Jules Daudé, docteur en médecine à Marvéjols (Lozère).

*Prix fondé par M. le baron Barbier.* — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert les moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Trois ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour le concours. Aucun de ces travaux n'a été jugé digne de récompense.

*Prix fondé par M. le docteur Capuron.* — L'Académie avait proposé la question suivante : « Comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne et de l'application du forceps, dans le cas de rétrécissement du bassin. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Quinze mémoires ont été envoyés à ce concours. L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde, à titre de récompense : 1° une somme de 600 francs à M. le docteur Joulin (de Paris); 2° une somme de 400 francs à M. Roger (Louis-Marie-Nicolas). L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. Henrich Schwarzschild, docteur en médecine à Francfort-sur-Mein.

*Prix fondé par M. le docteur Lefèvre.* — L'Académie avait proposé : « De la mélancolie. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Six mémoires ont

été admis à concourir. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Elle accorde des mentions honorables : 1° à M. le docteur A. Motet (de Paris) ; 2° à M. le docteur Auguste Voisin, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

*Prix fondé par M. le docteur Amussat.* — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation qui auroient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. La valeur de ce prix était de 1,000 francs. Un seul mémoire a été envoyé pour concourir. Ce travail ne répondant à aucune des intentions du fondateur, l'Académie ne décerne pas le prix.

*Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.* — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant la période de 1857 à 1862, ou, subsidiairement, à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires. Ce prix était de la valeur de 12,000 francs. Vingt mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie. Aucun des perfectionnements indiqués n'a été jugé digne du prix ; mais l'Académie a accordé les sommes suivantes, à titre de récompense : 1° 6,000 francs à M. Bourguet, docteur en médecine à Aix (Bouches-du-Rhône) ; 2° 1,500 francs à M. Dolbeau, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; 3° 1,500 francs à M. Maisonneuve, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris ; 4° 1,500 francs à M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris ; 5° 1,500 francs à M. Thomson, docteur en chirurgie à Londres.

*Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en* 1862. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder : 1° un prix de 1,500 francs partagé entre : M. le docteur Rebory (de Digne) (Basses-Alpes). — M. Hoursolte, officier de santé à Bayonne (Basses-Pyrénées). — M. Sayn, docteur en médecine à Saint-Vallier (Drôme). — 2° Des médailles d'or : — A M. Cayrel, docteur en médecine à Toulouse (Haute-Garonne). — A M. Pauquinot, docteur en médecine à Tulle (Corrèze). — A M. Labesque, à Agen (Lot-et-Garonne). — A M. Catelan, médecin cantonal à Saint-Bonnet (Hautes-Alpes). — Cent médailles d'argent sont, en outre, décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns, pour le grand nombre des vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

*Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies.* — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1862 : 1° *Des médailles d'argent à* : M. le docteur Maze, médecin-major de première classe à Nemours, province d'Oran (Algérie). — M. le docteur Prosper Millior, de Saint-Étienne (Loire). — M. le docteur Pons, de Nérac-la-Garonne. — M. le docteur Nivet, de Clermont (Puy-de-Dôme). — M. le docteur Gouget, médecin-major de première classe à Colmar (Haut-Rhin). — M. le docteur Lacaze, de Montauban (Tarn-et-Garonne). — M. le docteur Millet, d'Orange (Vaucluse). —M. le docteur Balley, médecin aide-major de première classe à l'armée d'occupation de Rome.—2° *Des médailles de bronze à* : M. le docteur Barbrau, de Rochefort (Charente-Inférieure).—M. le docteur Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord). — M. le docteur Amiot, de Baume-les-Dames (Doubs). — M. le docteur Martin Duclaux, de Villefranche (Haute-Garonne).—M. le docteur Mouret, de Monistrol (Haute-Loire). — M. le docteur Malet, de Gramat (Lot). — M. le docteur Bancel, de Toul (Meurthe). — M. le docteur Duprilot, de Brinon (Nièvre). — M. le docteur Monot, de Moux (Nièvre). — M. le docteur Carret, de Chambéry (Savoie). — M. le docteur Vicherat, de Fontainebleau (Seine-et-Marne). — M. le docteur Suquet, médecin sanitaire à Beyrouth (Syrie). — 3° *Rappels de médailles à* : M. le docteur Guipon, de Laon (Aisne).—M. le doc-

eur Demonchaux, de Saint-Quentin (Aisne). — M. le docteur Mignot, de Gannat (Allier). — M. le docteur Tuefferd fils, de Montbéliard (Doubs). — M. le docteur Fouquet, de Vannes (Morbihan). — M. le docteur Boeamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales). — M. le docteur Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure). — M. le docteur Palanchon, de Louhans (Saône-et-Loire). — 4° *Des mentions honorables à* : M. le docteur Meilheurat, de la Palisse (Allier). — M. le docteur Rebory, de Digne (Basses-Alpes).—M. le docteur Lacaze, d'Embrun (Hautes-Alpes). — M. le docteur Pressat, de Nice (Alpes-Maritimes). — M. le docteur Nève, de Bar-le-Duc (Aube). — M. le docteur Braye, de Tarascon (Bouches-du-Rhône).—M. le docteur Chonnaux Dubisson, de Villers-Bocage (Calvados). — M. le docteur Cressant, de Guéret (Creuse). — M. le docteur Lapeyre, de Lodève (Hérault). — M. le docteur Grosgurin, de Moirans (Jura). — M. le docteur Serres, de Dax (Landes). — M. le docteur Picard, de Silles-sur-Cher (Loir-et-Cher). — M. le docteur Borie, de Gourdon (Lot). — M. le docteur Brigandat, de Lille (Nord). — M. le docteur Vannaque, de Compiègne (Oise). — M. le docteur Douriff, de Clermont (Puy-de-Dôme). — M. le docteur Poureelot, d'Altkirch (Haut-Rhin). — M. le docteur Sallot, de Vesoul (Haute-Saône). — M. le docteur Mordret, du Mans (Sarthe). — M. le docteur Lebèle, du Mans (Sarthe). — M. le docteur Callies, d'Annecy (Haute-Loire).

*Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs pour le service des eaux minérales*, *en* 1861 : 1° *Médailles d'argent à* : M. Payen. — M. Tripier.— M. E. Damourette — M. E. Lambron. 2° *Médailles de bronze à* : M. Lemonnier.— M. le docteur Puig.— M. Chabanne. —M. Amable Dubois. M.—Allard. —M. Vidal.— M. Périer. 3° *Rappels de médailles à* : M. Alquié.—M. Willemin. — M. L'Héritier. — M. E. Génieys. — M. de Puisaye.— M. Cazaintre.— M. Crouzet. — M. Cabrol. 4° *Des mentions honorables à* : M. Subervie. — M. Verdier. — M. Baron. — M. Chapelain.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1864.

*Prix de l'Académie*. — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Étudier d'après des faits cliniques les complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M. le baron Portal*. — L'Académie propose la question suivante : « Déterminer quel est l'état des nerfs dans les paralysies locales. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux*. — L'Académie met au concours cette question : « Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Capuron*. — L'Académie met au concours cette question : « Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Itard*. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

*Prix fondé par M. Orfila*. — Ce prix, qui ne peut pas être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. L'Académie, pour se conformer aux prescriptions de M. Orfila, propose, pour la troisième fois, la question relative aux champignons vénéneux, formulée ainsi qu'il suit : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour tout le monde. 2° Rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur les effets nuisibles des champignons, soit sur leurs qualités comestibles.

3° Isoler les principes toxiques des champignons vénéneux, indiquer leurs caractères physiques et chimiques, insister sur les moyens propres à déceler leur présence, en cas d'empoisonnement. 4° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leurs principes vénéneux ou de les neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. 5° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir et les remèdes qu'on peut lui opposer. Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

*Prix fondé par M. le baron Barbier.* — (Voir plus haut les conditions du concours). Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard.* — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1865.

*Prix de l'Académie.* — L'Académie propose la question suivante : « Des paralysies traumatiques. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M. le baron Portal.* — L'Académie met au concours cette question : « Existe-t-il des caractères anatomiques spécifiques du cancer, et quels sont ces caractères ? » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M*me *Bernard de Civrieux.* — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Des rapports de la paralysie générale et de la folie. » Les concurrents auront surtout à décider si la paralysie générale est une maladie primitive débutant d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit, ou bien, au contraire, si elle survient souvent comme complication dans le cours de la folie simple. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Capuron.* — L'Académie propose la question suivante : « Du pouls dans l'état puerpéral. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix fondé par M. le baron Barbier.* — (Voir plus haut les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 8,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Amussat.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

*Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard.* — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1864 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

*N. B.* Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.) Toutefois les concurrents aux prix fondés par MM. Itard (d'Argenteuil), Barbier et Amussat sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

---

Par décret du 22 novembre, M. Martin, chirurgien de 2e classe de la marine à bord du transport *l'Eure*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

---

*Pour les articles non signés,* E. DEBOUT.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### Rapport général sur les prix décernés en 1863.

Lu dans la séance publique annuelle du 15 décembre.

Par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

La présence de M. le ministre de l'instruction publique à la séance annuelle de l'Académie de médecine donnait à cette solennité un éclat trop exceptionnel pour que nous eussions pu en parler convenablement dans les quelques lignes qui accompagnaient la liste des récompenses publiée dans notre dernière livraison.

La docte compagnie, comme tous les autres corps savants, est passée récemment dans les attributions du département de l'instruction publique. Le ministre, en venant prendre place au bureau de l'Académie, lui a donné un témoignage empressé de l'intérêt dont elle est si digne. Il a fait plus : frappé de l'insuffisance du local, non moins que de la mauvaise distribution de la salle, M. Duruy, à la fin de la séance, et après avoir payé aux orateurs un juste tribut d'éloges pour les discours qu'il avait entendus, M. Duruy, dis-je, a promis à l'Académie de faire tous ses efforts pour lui offrir dans un avenir prochain une hospitalité plus large et plus digne que celle que lui fournit l'assistance publique.

Un fait qui nous touche plus directement est la publicité que M. Dubois (d'Amiens) consent à donner à son rapport sur les prix. Dans le compte rendu des séances annuelles on se préoccupe trop exclusivement du côté littéraire, c'est-à-dire de l'éloge académique; il ne faut pas cependant qu'il fasse oublier un des objets principaux de ces solennités : la distribution des prix. « La gloire des associations savantes, a dit Cabanis, est dans leur influence réelle sur les progrès des lumières; » en conséquence le rapport général sur les récompenses décernées marque et la part qui revient à l'Académie, comme choix des questions les plus propres à combler les lacunes de la science médicale, et la part qui revient aux travailleurs pour la solution de ces questions. Malheureusement un grand nombre d'entre elles ont été tracées à l'avance par les fondateurs des prix, de sorte que dans leur désir de hâter le mouvement progressif de la science, ils l'ont souvent entravé. Le rôle de l'Académie, pour ces questions, se borne à éclairer les investigateurs, à juger leurs efforts et à les récompenser lorsqu'ils ont abouti à une conquête thérapeutique.

Ces remarques faites, nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs

le rapport de M. Dubois (d'Amiens); il vient clore dignement la série des travaux que le *Bulletin de Thérapeutique* a publiés pendant l'année 1863.

Au nombre des attributions conférées à l'Académie, il n'en est peut-être pas de plus importante que celle qui consiste à proposer annuellement des questions dans le but d'appeler des lumières sur certaines parties de la science, et de décerner des récompenses à ceux qui les ont résolues.

S'il restait quelque doute dans les esprits à ce sujet, il suffirait, pour s'en convaincre, de se rappeler quelle est la mission que l'Académie est appelée à remplir dans l'ordre de nos institutions médicales.

Si, en effet, nos cliniques sont en quelque sorte la grande officine où se recueillent les faits dont la science s'enrichit chaque jour, si nos facultés, si nos écoles ont pour but d'enseigner ces mêmes faits, il était besoin de corps intermédiaires pour discuter ces faits, pour en assigner la valeur, et leur donner pour ainsi dire droit de domicile dans la science; or, pour arriver à ce but, l'Académie doit non-seulement accueillir, mais encore provoquer les observations; dire quelles sont celles qui nous manquent ou qui, jusque-là mal interprétées, ont besoin d'éclaircissements; de là autant d'appels qui doivent être faits aux travailleurs, ou, en d'autres termes, autant de sujets de prix qui doivent leur être proposés.

C'est là ce que l'Académie s'empresse de faire chaque année. Ainsi, pour ce qui concerne le prix dont le gouvernement fait les frais et qui lui appartient pour ainsi dire en propre, elle a cru cette année devoir appeler l'attention des observateurs sur un ordre de maladies qui, par leur fréquence et leur extrême gravité, méritent d'occuper une large place dans une science qui ne fait pour ainsi dire que de naître : nous voulons parler des *affections charbonneuses* et de la *pathologie comparée*.

Dire que nous partageons avec les animaux des classes élevées la plupart des attributs physiologiques, que nos organes et nos fonctions, si on excepte ce qui a trait à l'intelligence, se comportent à peu près de même chez tous les grands mammifères, c'est dire que nous avons le triste privilége d'éprouver aussi les mêmes maladies; or la science, qui a pour but de rapprocher et de comparer ces affections communes, a déjà réuni de précieux documents sur les affections dites charbonneuses, qui se placent en première ligne,

soit qu'on les considère (et c'est là peut-être le fait le plus important) sous le rapport de la transmission des animaux à l'homme, soit sous celui de la forme qu'elles affectent, des parties qu'elles intéressent, soit enfin qu'on les envisage au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire.

Tels sont les motifs qui ont porté l'Académie à proposer cette année, pour sujet de prix, la question *des affections charbonneuses chez l'homme et chez les animaux*. Cet appel a été entendu : six mémoires, tous rédigés par des hommes de mérite, ont été envoyés à l'Académie ; mais il en est un qui, tout particulièrement, lui a paru mériter son attention, c'est celui qui est dû à M. le docteur A. Raimbert, médecin des hospices de Châteaudun. C'est un travail considérable, divisé en deux grandes parties : la première est réservée aux maladies charbonneuses chez l'homme, la seconde aux maladies charbonneuses chez les animaux : ces deux parties sont traitées d'une manière tout à fait remarquable. Il est quelques questions dans lesquelles l'auteur a montré un véritable talent d'observation, celle par exemple qui a trait à la *spontanéité des affections charbonneuses chez l'homme*. M. Raimbert, l'Académie se plaît à le reconnaître, s'est montré tout à fait à la hauteur de son sujet, et c'est tout au plus si elle a à signaler quelques lacunes dans cet important et consciencieux travail : M. Raimbert a tracé un tableau exact du charbon lorsqu'il s'exprime par ses caractères propres ; il a exposé avec ordre et clarté ses modes divers de manifestation, et il a bien décrit ses altérations pathologiques ; mais l'Académie regrette de ne pas y trouver les changements qui surviennent dans l'organisme pendant la période d'incubation, comme aussi de n'y trouver aucun renseignement, ou à peu près du moins, sur les altérations du sang, sa composition chimique, les proportions de ses parties constituantes ; il y avait ici certainement à tenir compte des recherches si importantes sur le développement d'infusoires dans le sang au début de l'intoxication charbonneuse ; l'Académie regrette vivement que ce point scientifique n'ait pas attiré l'attention de l'auteur. Quelles lumières, en effet, une étude approfondie sur ce sujet ne pourrait-elle pas apporter, d'abord en ce qui concerne le mode de transmission de ces maladies, et en second lieu au point de vue de la thérapeutique ?

L'Académie signalera une dernière lacune : elle aurait désiré que M. Raimbert donnât plus de développement à ses indications sur la prophylaxie des affections charbonneuses, en ce qui concerne surtout la manipulation des viandes sacrifiées pendant le cours de

ces maladies, comme aussi en ce qui concerne les règles sanitaires à observer pour arrêter le développement du mal.

Ce sont là, messieurs, des imperfections que l'Académie devait signaler à l'auteur; mais elle n'en doit pas moins déclarer que son mémoire est sans contredit le plus complet qui ait été publié sur les maladies charbonneuses; aussi est-ce avec une vive satisfaction qu'elle a décerné à M. Raimbert le prix de 1,000 francs proposé pour le concours de 1863.

M. Portal, mieux inspiré que tant d'autres testateurs, a laissé l'Académie libre de formuler annuellement une question de prix, pourvu que celle-ci ait trait à une branche d'ailleurs considérable des sciences médicales, c'est-à-dire à l'anatomie pathologique.

L'Académie, cette année, avait mis au concours une question très-intéressante au point de vue de la physiologie pathologique, et même de la zoologie : *Le placenta peut-il, dans quelques cas, disparaître d'une manière partielle ou complète, par suite d'un travail de résorption?* Problème intéressant, je le répète, mais entouré de bien des difficultés, puisqu'un seul concurrent est entré dans la lice, et encore ce savant n'appartient pas à la France; M. le docteur Broers, médecin à Utrecht, est, en effet, le seul qui nous ait envoyé un travail à ce sujet.

Les termes de la question posée par l'Académie étaient tellement clairs, simples et précis, qu'une erreur d'interprétation ne semblait pas possible, et cependant M. Broers, entraîné beaucoup plus loin sans doute qu'il ne le croyait, s'est mis à décrire ce qu'on ne lui demandait pas, c'est-à-dire toutes les altérations connues du placenta; et, non content d'avoir ainsi agrandi le cercle de la question qu'il avait à traiter, il annonce qu'il s'occupera encore non-seulement des altérations des membranes de l'œuf, mais aussi de celles du cordon. Il en résulte que la question posée par l'Académie est devenue tout à fait secondaire pour M. Broers, et qu'il ne l'a élucidée que fort incomplétement. Et comment l'aurait-il élucidée? Au lieu d'aller chercher des observations propres à résoudre positivement ou négativement la question proposée, M. Broers ne les a citées que pour en faire la critique. L'Académie ne repousse pas tout travail de critique; mais ici cette critique était déplacée. Il nous dit que cette absorption du placenta, admise par quelques praticiens, niée par d'autres, est restée douteuse; mais c'est là ce que savait fort bien l'Académie, aussi l'avait-elle mise au concours.

M. Broers, il est vrai, arrive à une conclusion ; il le croit du moins ; mais ce n'est pas une conclusion, c'est, de sa part, une opinion, et rien de plus. Il ne conclut pas, il pense que l'absorption est un fait impossible. Et pourquoi cela ? Parce que les observations invoquées pour démontrer la possibilité de cette absorption lui ont paru insuffisantes. Mais l'Académie, tout en reconnaissant avec M. Broers l'insuffisance de ces observations, ne saurait admettre que la question doive être par cela même résolue négativement.

L'Académie, néanmoins, se plaît à reconnaître que le mémoire de M. Broers est le fruit de longues et consciencieuses recherches, et que l'auteur doit être encouragé ; elle regrette seulement qu'il ait presque toujours perdu de vue la question qui lui était proposée, et qu'il ait donné toute son attention à des altérations d'un tout autre ordre. Aussi s'est-elle bornée à accorder à l'auteur une simple mention honorable.

M^me^ de Civrieux, moins bien inspirée que M. Portal, a rétréci le cadre dans lequel doit se mouvoir l'Académie : elle a voulu des mémoires n'ayant trait qu'à la *surexcitation de la sensibilité nerveuse,* expressions assez mal définies, mais qui, par cela même, nous ont permis d'y comprendre presque toutes les affections nerveuses. Cette fois, l'Académie avait proposé une question tout à fait à l'ordre du jour : celle des *dyspepsies.*

Nous disons à l'ordre du jour, et en effet la dyspepsie est venue, pour ainsi dire, s'y replacer. Bannie ou à peu près du cadre des maladies régnantes il y a environ quarante ans, elle avait été comme remplacée par la gastrite et la gastro-entérite ; c'était la tendance systématique de l'époque ; libres aujourd'hui de toute théorie générale, et cela sans cesser de comparer l'état des organes avec les symptômes éprouvés pendant la vie, ainsi que le voulait le grand réformateur, nous ne trouvons plus ces prétendues gastrites, alors si fréquentes. Un appel en ce sens ne nous aurait rien apporté ; un appel, au contraire, portant sur la dyspepsie nous a mis en face de dix-huit mémoires, la plupart n'ayant pas moins de deux cents, trois cents et quatre cents pages. Mais, il faut le dire, sur ces dix-huit mémoires, c'est à peine si l'Académie en a trouvé quatre qui méritassent une attention sérieuse. Au premier rang de ceux-ci s'est placé M. le docteur Guipon (de Laon) : son mémoire est un travail consciencieux, tout à fait au niveau des connaissances actuelles, et très-sagement écrit ; aussi l'Académie lui accorde le prix en entier.

Le plan que s'est tracé M. Guipon est vaste, et il est essentiellement scientifique : considérations *historiques*, *doctrinales*, *physiologiques* et même *chimiques*; tout s'y trouve dans une juste proportion. Les opinions énoncées s'appuient sur les faits, et sont contrôlées par des observations particulières, au nombre de soixante-cinq, observations choisies avec discernement et rédigées avec beaucoup de soin. Il était bien difficile, en pareille matière, de produire quelque chose de nouveau. L'Académie, cependant se plaît à reconnaître que M. Guipon a trouvé, dans ses observations, des formes de dyspepsie qui n'avaient pas encore été signalées, au moins d'une manière aussi nette et aussi précise : celle que l'auteur appelle *pituiteuse* et celle qu'il désigne sous le nom de *syncopale*.

Mais ce qui surtout a décidé l'Académie dans son jugement, c'est que M. Guipon, tout en tenant compte des travaux de ses devanciers, et particulièrement de l'excellente et toute pratique monographie de M. Chomel, est en progrès. M. Chomel, dans son très-estimable travail, ne s'était pas écarté du point de vue pratique, M. Guipon, par ses recherches historiques, par sa classification judicieuse et ses considérations physiologiques, a donné à son travail une forme plus scientifique.

Mais l'Académie, outre ce mémoire, en a distingué trois autres qu'elle ne doit pas passer sous silence, et d'abord celui de M. le docteur Émile Marchand, médecin à Sainte-Foy (Gironde); puis celui de M. Achille Chabrier, chirurgien chef interne à l'hôpital d'Aix, et enfin celui de M. Jules Daudé, médecin à Marvejols (Lozère). Ces trois auteurs ont fait preuve, les uns, d'érudition, et l'autre d'un bon sens tout à fait pratique et d'un remarquable talent de rédaction; mais l'Académie croit leur avoir rendu justice en se bornant à accorder à chacun d'eux une mention honorable.

M. Capuron a laissé plus de latitude encore à l'Académie. Il lui a permis de proposer telle question qui lui semblerait opportune dans l'intérêt de la science. Pour honorer sa mémoire, l'Académie formule, chaque année, une question ayant trait à l'art qu'il a cultivé avec un zèle soutenu pendant tout le cours de sa vie, c'est-à-dire à l'art des accouchements ; et comme ici il s'agit d'un *art* bien plus que d'une *science*, l'Académie va de préférence chercher des points de pratique encore entourés et d'obscurité et d'incertitude, qui peuvent faire hésiter l'accoucheur quand vient le moment de leur application. Ainsi supposez que, dans l'acte de la parturition, le fœtus se trouve arrêté dans les détroits, par suite de l'étroitesse

anomale du bassin de la mère, deux procédés sont pour ainsi dire en présence : l'application du forceps et la version céphalique. Mais quel est, de ces deux procédés, celui qui fera courir le moins de danger à la mère et à l'enfant? C'est là ce qui n'est pas encore parfaitement élucidé ; aussi l'Académie a-t-elle cru devoir appeler l'attention des praticiens sur cet intéressant problème, et c'est en ces termes qu'elle l'avait formulé : *Comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne et de l'application du forceps, dans le cas de rétrécissement du bassin?* Cet appel a été entendu en France et à l'étranger. L'Académie n'a pas reçu moins de treize mémoires de médecins français et deux de. médecins allemands ; mais elle a le regret de déclarer que, parmi les quinze mémoires qui lui ont été soumis, il n'en est pas un qui ait répondu à la question d'une manière assez complète et assez satisfaisante pour mériter le prix ; elle en a cependant distingué trois qui, à plusieurs titres, ont appelé tout particulièrement son attention, et qui doivent être l'objet de justes récompenses.

M. le docteur Joulin se présente ici en première ligne. Son travail est étendu ; il a plus de deux cents pages. La partie historique et critique, fort complète pour la France et l'Angleterre, laisse quelque chose à désirer pour l'Allemagne. Il a mis très-judicieusement en relief les faits assez nombreux qui plaident en faveur soit de la version pelvienne, soit du forceps ; et, non content de contrôler ainsi les opinions de ses devanciers, il a institué une série d'expérimentations propres à faire évaluer le degré de force employé par la main soit seule, soit armée du forceps, lorsqu'il s'agit de faire franchir à la tête un bassin dont les diamètres sont rétrécis ; et, en même temps, M. Joulin fait connaître le degré de résistance et de réductibilité que la tête du fœtus peut supporter sous l'influence de la pression qu'elle subit.

L'Académie a pensé qu'il était juste de reconnaître le mérite et l'originalité du travail de M. Joulin ; aussi lui a-t-elle accordé une récompense de 600 francs.

M. le docteur Roger (Louis-Marie-Nicolas) a suivi d'assez près M. Joulin, non pas en ce qui concerne les recherches scientifiques, mais au point de vue de la pratique des accouchements. Son travail se compose de trois grandes séries d'observations tirées de sa pratique particulière. Il ne dissimule pas sa prédilection pour la version pelvienne : quatre-vingt-sept fois il y a eu recours avec succès ; dix-sept fois seulement il a employé le forceps. Malheureusement M. Roger, dans la discussion qui suit l'exposé de ses faits, n'a pas

su en tirer les déductions propres à justifier sa préférence pour la version ; toutefois, et bien que l'Académie ne partage pas entièrement son opinion, elle a pensé qu'un encouragement de 400 francs devait lui être accordé.

L'Académie, en outre, croit devoir mentionner honorablement le mémoire que lui a adressé M. Henrich Schwarzichid (de Francfort), comme offrant un historique assez complet, et un exposé judicieux des indications et contre-indications des deux méthodes.

Vous savez que M. Amussat a institué un prix d'un tout autre ordre. Il ne s'agit plus d'une maladie, ou d'une classe de maladies dont la médication serait à trouver. M. Amussat, qui était un chirurgien distingué, et qui, pour faire avancer cet art, s'était livré à de nombreuses expériences, a eu en vue de récompenser *celui qui, par des recherches basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, aurait réalisé ou préparé un progrès important dans la thérapeutique chirurgicale.*

Un programme ainsi formulé devait provoquer des travaux importants ; déjà, pour ne parler que des découvertes dues à M. le docteur Ollier, l'Académie a été heureuse de pouvoir ainsi remplir les intentions de M. Amussat. Mais il n'en a pas été de même pour la présente année. Aucun travail digne de récompense ne lui a été envoyé ; l'Académie n'en est pas surprise : un *progrès* dans l'art chirurgical ne s'improvise pas. Il ne suffit pas de le demander pour l'obtenir ; il faut pour cela de longues et patientes recherches, des expériences suivies et répétées. L'Académie, forcée d'ajourner ses rémunérations, les rendra plus importantes et plus dignes des travaux qui lui seront ultérieurement présentés.

Tout en rendant hommage aux excellentes intentions de feu M. le baron Barbier, nous sommes forcé de reconnaître que cet honorable collègue n'a pas été heureusement conseillé quand il a formulé le programme de son prix : il a voulu, en effet, pour qu'on méritât ses récompenses, qu'on ait trouvé des moyens, et même des moyens *complets*, de guérison d'une maladie réputée incurable, telle que l'hydrophobie ou l'épilepsie ; c'était ajourner indéfiniment ses libéralités, ou même les rendre absolument inabordables pour les hommes sérieux et instruits. Aussi l'Académie a-t-elle cru devoir ajouter au texte de ce programme une phrase qui lui permît au moins d'accorder des encouragements ; elle a pu ainsi décerner des récompenses à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué par le testateur, s'en étaient le plus rapprochés, et encourager des tentatives telles, par exemple, que celles qui sont dues à MM. Boinet et Kœberlé

en ce qui concerne les kystes de l'ovaire, et celles de MM. Vulpian et Charcot en ce qui concerne l'ataxie locomotrice progressive. Mais cette année l'Académie a été moins heureuse ; car, si l'on en excepte une nouvelle opération d'ovariotomie, pratiquée avec succès par M. Desgranges (de Lyon), l'Académie n'a reçu que des communications à peu près sans valeur. Elle s'est donc vue forcée d'ajourner toute rémunération en ce qui concerne le prix fondé par M. Barbier ; mais nous devons le déclarer hautement, ce n'est là qu'un simple ajournement : l'Académie, en effet, pour remplir les intentions de M. Barbier, ne se bornera plus désormais à attendre, comme elle l'a fait jusqu'à présent, qu'on lui apporte quelques prétendus remèdes propres, suivant leurs inventeurs, à guérir une maladie incurable. M. Barbier n'a pas parlé de remèdes, il a parlé de *moyens de guérison*, et il n'a pas prescrit à l'Académie d'attendre qu'on vînt lui proposer ces moyens. Si donc, par quelque opération hardie, un chirurgien parvient à arrêter la marche d'une de ces affections dont l'issue est le plus souvent funeste, l'Académie pourra récompenser ses efforts, et cela dans quelque partie du monde que cette heureuse application ait été faite. La somme léguée par M. Barbier étant devenue considérable, l'Académie pourra décerner une récompense digne d'elle, et aussi de l'œuvre accomplie.

Disons maintenant que si l'Académie s'est trouvée resserrée dans d'étroites limites, lorsque, d'une part, M. Barbier lui a prescrit de ne récompenser que des travaux ayant pour objet la guérison de maladies réputées incurables, et lorsque, d'autre part, MM. Amussat et d'Argenteuil ont voulu des découvertes dans un ordre particulier de maladies, M. Lefèvre a bien autrement rétréci le cercle des travaux à récompenser lorsqu'il n'a demandé que des recherches ayant trait à une seule et même maladie, ou plutôt à un seul et même état moral, la *mélancolie*, et cela à perpétuité. Du reste, ce mot, la mélancolie, qui par lui-même ne rappelle que de sombres souvenirs, ne peut être proféré sans émotion dans cette enceinte ; car l'Académie sait que le testateur lui-même a offert un mémorable exemple de cette affreuse disposition d'esprit ; et c'est parce qu'il en a souffert toutes les angoisses, qu'il a chargé l'Académie de récompenser les travaux entrepris dans le but d'y apporter quelques adoucissements. Ses vœux, hâtons-nous de le dire, ne sont pas restés sans résultats ; déjà l'Académie a eu occasion de rémunérer de bonnes monographies, et aujourd'hui, sur six mémoires qui lui ont été envoyés, elle en a trouvé trois dignes de son attention.

Celui qu'elle place en première ligne et auquel elle décerne le

prix, est celui qui est dû à M. le docteur Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Ce mémoire, d'une étendue considérable, a répondu de tout point aux intentions de l'Académie. L'auteur est celui qui a le mieux vu que pour parler dignement, c'est-à-dire scientifiquement, de la mélancolie maladive ou folle, il fallait d'abord bien parler de la mélancolie ordinaire ou simple, et pour ainsi dire raisonnable; M. Colin a fait preuve, nous devons le dire, de connaissances philosophiques et littéraires fort remarquables, et qui se trouvaient ici bien placées. Mais ce n'est pas tout : dans la partie médicale de son travail M. Colin a fait preuve d'études solides, aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue théorique; l'Académie a reconnu en lui un excellent esprit au courant de tout ce qui a été publié sur la folie en général, et particulièrement sur la mélancolie avec aliénation, ou lypémanie; il a emprunté, mais avec discernement, à ses devanciers et à ses maîtres, et de tous ces emprunts, associés à ce qui lui est propre, l'auteur a fait un tout qui n'est pas sans quelques défauts, mais qui révèle un esprit ferme, sachant bien ce qu'il sait, et l'exprimant dans un style toujours clair, parfois élégant et même élevé.

Deux autres mémoires, venons-nous de dire, ont également fixé l'attention de l'Académie : l'un est dû à M. Motet (de Paris), l'autre à M. A. Voisin, chef de clinique à la Faculté de Paris.

Le premier est un travail assez complet; l'auteur a observé par lui-même et à un point de vue plus général que le second, et par cela même plus vrai.

L'Académie toutefois se plaît à reconnaître que le mémoire dû à M. A. Voisin est un travail sérieux, solide et témoignant d'un vrai savoir, d'un savoir pratique en matière d'aliénation mentale; mais l'Académie n'a pas vu sans regret que l'auteur ait considéré la mélancolie moins comme une maladie que comme un symptôme qui se lie à un certain nombre d'états morbides; l'Académie trouve qu'en cela l'auteur s'est un peu égaré; mais, tout en tenant compte de ces imperfections, l'Académie ne croit pas moins devoir accorder à MM. Motet et Voisin une mention honorable.

M. le marquis d'Argenteuil, par ses libéralités, a permis de rémunérer dignement plusieurs ordres de travaux. L'Académie, cette année, pouvait disposer d'une somme de 12,000 francs; mais, si en d'autres temps elle a pu accorder à un seul chirurgien la récompense entière, cette fois, comme il y a six ans, elle a été obligée de fractionner le prix en plusieurs parts. M. le marquis d'Argenteuil avait demandé *un progrès important* dans la théra-

peutique des maladies des voies urinaires : des travaux très-estimables ont été adressées à l'Académie ; le nombre des mémoires s'élevait à vingt ; aucun, il est vrai, ne remplissait les conditions indiquées par le testateur, mais il en était plusieurs qui s'en étaient assez rapprochés pour mériter des récompenses. Ainsi, pour parler du plus considérable, celui de M. le docteur Bourguet, d'Aix, l'Académie avait déjà reconnu ce qu'il y a d'heureux et de bien combiné dans les trois opérations qu'il y a décrites ; combien sont sages et judicieux les préceptes et les règles tracées par le praticien ; l'Académie avait eu les prémices de ce travail, il avait été l'objet d'un rapport tout spécial dû à M. Gosselin ; elle n'avait pas oublié la nouveauté et la hardiesse de ces tentatives qui ont pour but de reconstituer en quelque sorte un conduit dont la partie malade se trouve supprimée, et notez que deux succès sont venus confirmer de tout point ses prévisions. Aussi l'Académie, considérant que le travail de M. Bourguet est de beaucoup supérieur à tous ceux qu'elle avait à examiner, n'a pas hésité à accorder à l'auteur, comme une juste récompense, la moitié du prix, c'est-à-dire une somme de 6,000 francs.

Après M. Bourguet venaient quatre mémoires ou communications très-diverses en elles-mêmes, bien que l'Académie les ait jugées dignes d'une même récompense, à savoir d'une somme de 1,500 francs pour chacun des auteurs.

Ici se place d'abord M. Maisonneuve, chirurgien à l'Hôtel-Dieu. Les innovations qui lui sont dues ont particulièrement fixé l'attention de l'Académie, et si on ne les considère que sous le rapport de la sécurité et de la facilité d'exécution, elles paraissent des plus heureuses et des plus dignes de participer au prix d'Argenteuil. L'Académie exprime toutefois le regret d'avoir remarqué dans son travail quelques *desiderata cliniques*.

M. Dolbeau a été également jugé digne de participer aux récompenses de l'Académie : son travail, il est vrai, a trait à un simple vice de conformation ; mais c'est une étude complète, avec indications d'un traitement, sinon tout à fait nouveau, du moins très-peu employé, le tout appuyé de trois observations propres à l'auteur et pleines d'intérêt.

Un chirurgien étranger, M. Thomson, de Londres, auteur d'un mémoire sur le sujet proposé par M. d'Argenteuil, était sur les rangs : l'Académie a jugé son travail digne d'être rémunéré, non qu'il nous ait fait connaître d'importantes innovations dans cette partie de la thérapeutique, mais à raison du bon esprit et de la

sagesse qui ont présidé à sa rédaction. Quant à M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, l'Académie lui a accordé aussi une récompense pour l'ingénieux instrument qu'il a inventé et qu'il désigne sous le nom d'uréthrotome emporte-pièce : une idée très-ingénieuse se trouve ainsi réalisée, bien que toutes les objections faites aux instruments connus n'aient pas été évitées.

Le service de la vaccine appelait aussi des récompenses ; l'Académie y participe elle-même pour une part considérable ; elle n'a pas pratiqué moins de 2,236 vaccinations pendant le cours de l'année dernière ; puis, pour stimuler le zèle des médecins vaccinateurs dans les départements, après avoir partagé le prix de 1,500 francs et distribué six médailles d'or, elle a adjugé 100 médailles d'argent aux vaccinateurs qui avaient le mieux mérité.

Quant aux remèdes prétendus nouveaux, l'Académie ayant dû, comme de coutume, donner son avis, a statué sur 110 demandes pendant le cours de l'année dernière : ici, comme on le pense bien, il n'est besoin ni de récompenses, ni d'encouragements, les inventeurs renaissent en quelque sorte d'eux-mêmes, et nous devons désespérer de modérer leur zèle.

— La fin du travail de M. Dubois est consacrée à l'énumération des rapports sur les eaux minérales, sur les épidémies et sur les demandes relatives aux remèdes secrets. Enfin le savant secrétaire général termine sa lecture par les paroles suivantes :

« Je n'irai pas plus loin dans cet exposé succinct des services que l'Académie a été appelée à rendre à l'autorité ; vous devez avoir peine à contenir votre impatience, et je la partage moi-même. Vous savez que vous allez entendre un savant et pittoresque éloge, celui de M. de Blainville, dû à la plume élégante et facile de notre secrétaire annuel, M. Béclard ; la vie et les travaux de ce grand physiologiste vous seront ainsi racontés par un physiologiste dont les études ont été justement appréciées. Je n'aurai donc pas besoin de vous dire, comme le personnage du drame antique : *Plaudite cives !* Vous applaudirez de vous-même à ce premier succès, qui sera le présage de bien d'autres, et j'ose dire que vous le devrez à mes sollicitations, car j'ai eu à vaincre sa modestie. Arrivé à cette période de ma vie où de précoces infirmités me conseillent le silence, je joindrai mes acclamations aux vôtres, et je me féliciterai tout le premier de voir mon jeune émule cueillir un laurier mérité. »

Le début de M. Béclard a été brillant et décisif. L'assemblée entière, par ses applaudissements, et M. le ministre par quelques paroles convaincues, ont consacré le succès des deux orateurs de l'Académie.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

**Note sur deux cas d'ablation de polypes du larynx au moyen de l'écrasement.**

Depuis l'invention du laryngoscope, les polypes du larynx, dont le diagnostic était auparavant si obscur, sont reconnus très-facilement, et quant au traitement de ces tumeurs, grâce au miroir laryngien, on a déjà pu obtenir des résultats excellents et qui, à n'en pas douter, deviendront par la suite plus favorables encore. Des diverses méthodes que les chirurgiens ont employées jusqu'ici, ou auxquelles ils se proposent de recourir, l'écrasement linéaire serait certainement la plus avantageuse, s'il était applicable dans tous les cas. Malheureusement il n'en est pas ainsi : il faut des conditions de siége, de forme, de saillie, que les polypes laryngiens ne présentent pas toujours ; mais dans les cas où elles se rencontrent, nulle méthode opératoire ne saurait donner des résultats à la fois plus prompts, plus radicaux et plus exempts de danger. MM. les docteurs Moura-Bourouillou en France, et Walker en Angleterre, viennent de publier, chacun de leur côté, des cas où ils ont pratiqué l'écrasement avec succès pour enlever des polypes du larynx ; et d'après le dernier de ces auteurs, un autre chirurgien anglais, M. Gibb, a récemment eu recours au même procédé. Rapportons d'abord le fait de M. Walker, le premier en date, puisqu'il remonte déjà à trois années, ayant été publié dans un des numéros de la *Lancet* de novembre 1861.

Le sujet de cette observation était un jeune ouvrier forgeron, âgé de quatorze ans, scrofuleux, qui avait commencé à avoir la voix enrouée et la respiration courte dès l'âge de six à sept ans, et qui, lorsque M. Walker le vit dans son service, à Peterborough infirmary, en août 1861, était aphone depuis plusieurs années et en était arrivé, par suite de la dyspnée extrême qu'il éprouvait et du trouble de la nutrition qui en était la conséquence, à ne plus pouvoir non-seulement travailler, mais même marcher sans aide dans la maison. L'état du malade était tel qu'il ne semblait pas qu'il y eût d'autre ressource que de pratiquer la trachéotomie dans un bref délai. Mais l'oxamen au laryngoscope, fait sans difficulté, vint ouvrir la voie à d'autres ressources chirurgicales, en révélant la nature du mal, et en démontrant que celui-ci ne consistait pas dans une phthisie laryngée, comme on l'avait cru jusque-là.

L'épiglotte et la partie supérieure du larynx étaient à l'état

normal, à l'exception d'un léger œdème des replis aryténo-épiglottiques. Mais, implantée sur la paroi antérieure du larynx, immédiatement au-dessus de l'insertion antérieure de la corde vocale droite, était une excroissance polypoïde à surface irrégulière et rappelant l'aspect d'une mûre, du volume à peu près du bout du petit doigt et longue de dix lignes. A chaque inspiration, on la voyait tomber comme une soupape sur la fente glottique, qu'elle eût complétement bouchée si son extrémité, entraînée légèrement à travers la partie postérieure plus large de cette ouverture, n'avait laissé en arrière un petit espace libre. Dans l'expiration, la tumeur, rejetée en haut, n'opposait aucun obstacle à la sortie de l'air. A sa base, et occupant un siége semblable au côté gauche, se trouvait une autre excroissance de même nature, mais plus petite et ayant à peu près le volume d'un pois cassé.

En présence d'une telle affection, M. Walker, renonçant à la trachéotomie, à moins d'y être contraint, se proposa d'opérer l'ablation de la tumeur à l'aide de ciseaux particuliers qu'il commanda à cet effet. Mais avant qu'ils fussent prêts, il se vit forcé d'intervenir par l'urgence des symptômes asphyxiques. Ayant alors essayé d'introduire un tube dans la glotte, la respiration parut impossible, et il fallut se hâter de retirer l'instrument pour éviter la suffocation. Il se trouva que l'extrémité du polype s'était engagée dans l'orifice du tube, et celui-ci en ramena avec lui une portion de la grosseur d'un pois. Ce résultat inattendu, non-seulement procura du soulagement, mais, en faisant voir la friabilité de la production morbide, suggéra l'idée d'en opérer l'ablation au moyen de l'écrasement. L'instrument imaginé dans ce but par M. Walker consistait simplement en un double tube d'argent, analogue à la canule double de Gooch, courbé à angle presque droit à une de ses extrémités, et muni à l'autre de deux anneaux solides; un fil de fer, tel que celui employé pour les sutures, ou une sorte de chaîne formée de deux fils semblables entrelacés, est passée dans l'un des tubes et revient par l'autre de manière à former une anse; un des bouts de ce fil est fixé à la canule, tandis qu'à l'autre bout est adaptée une petite traverse de bois qui sert à pratiquer la traction nécessaire pour opérer l'écrasement.

Le 18 août, en s'aidant du laryngoscope, M. Walker parvint à saisir trois fois le polype dans son écraseur; malheureusement il ne put en faire l'ablation en masse; mais chaque fois il en enleva une portion du volume environ d'un pois, ce qui du reste procura un soulagement considérable, tel que, dès le lendemain, l'état des

fonctions et des forces était déjà notablement amélioré. Le 19, l'examen laryngoscopique fit reconnaître que le polype le plus volumineux, grâce aux sections partielles qu'il avait subies, se trouvait réduit au niveau du plus petit, et laissait toute la partie postérieure de la fente glottique accessible à l'air. Ce qui restait de la tumeur fut encore diminué au moyen d'applications d'abord de nitrate d'argent solide, puis d'une forte solution de sulfate de cuivre. Le jeune homme ne tarda pas à reprendre son dur métier de forgeron, et M. Walker le perdit de vue. Mais il le revit en 1862, à l'occasion d'une toux qui était causée principalement par le retour du polype, lequel toutefois était plus petit et se trouvait situé plus haut, à la base de l'épiglotte et à la portée du doigt. Notre confrère en enleva une portion à l'aide de son écraseur, et le malade lui-même en ayant arraché également avec le doigt, la gêne de la respiration disparut. Depuis ce temps il n'y a eu aucune nécessité d'intervenir de nouveau.

Le cas de M. Moura-Bourouillou s'est présenté chez un homme de quarante-quatre ans, maréchal des logis de la garde de Paris. Ce malade a eu, il y a huit ans, un premier enrouement de six ou sept mois, puis un second moins long il y a trois ans, et enfin une toux sans expectoration dans l'été de 1862. Le 4 novembre, la toux et l'enrouement sont plus prononcés depuis quatre jours. L'enrouement augmente quand il fait humide, quand le malade se fatigue ou parle plus que d'habitude. Tous les jours, mais surtout le soir, quand il est couché, il a une quinte de toux de quelques minutes. Il a deux ou trois fois craché des petits morceaux de chair. La signification de ce symptôme, le seul signe caractéristique des polypes laryngiens il y a quelques années, est confirmée par l'exploration au

Fig. 2. — Image laryngoscopique (1).

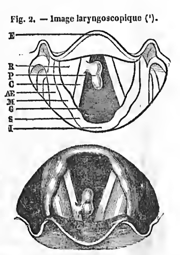



Fig. 1. — Larynx du malade.

(1) *Explication de la figure.* — E, épiglotte. R, repli sus-glottique. P, polype. C, corde vocale droite. AE, repli aryténo-épiglottique. M, cartilage de Morgagni. G, glotte et trachée. S, cartilage de Santorini. I, repli inter-aryténoïdien.

laryngoscope, qui fait reconnaître sur le bord libre de la corde vocale inférieure droite, près de son insertion thyroïdienne, une tumeur du volume d'un grain de groseille, à surface lisse et rouge, visible surtout pendant la phonation (fig. 1 et 2). Après plusieurs tentatives pour broyer la tumeur à l'aide d'une grosse bougie d'étain, elle est devenue bilobée, pédiculée et flottante. D'autres tentatives avec diverses pinces et avec le polypotome de M. Mathieu restent sans succès.

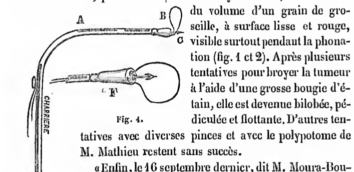


Fig. 4.

« Enfin, le 16 septembre dernier, dit M. Moura-Bourouillou, après avoir fait exécuter par M. Charrière plusieurs serre-nœuds laryngiens appropriés à la disposition anatomique de l'organe de la voix chez notre malade (fig. 3), et aidé de notre éclairage lenticulaire ou pharyngoscopique, nous avons introduit dans la glotte, avec la main droite, l'anse du serre-nœud à une profondeur de 10 à 11 centimètres. Au moment où le polype pénétrait dans l'anse, la toux est survenue et a chassé au-dessus des cordes vocales la tumeur, qui flottait dans l'orifice de la glotte. Ce n'est qu'à la troisième application de notre serre-nœud que la section du polype a été faite sans aucune entrave. » Le malade a craché un peu de sang pur cinq ou six fois. Le laryngoscope a montré ensuite la glotte libre : la petite tumeur était tombée dans la poitrine. Il n'y a eu ni toux ni dyspnée sur le moment, et la voix n'a repris son timbre presque naturel que trois jours après. A la suite, des applications d'une solution de nitrate d'argent ont été faites sur la muqueuse restée légèrement tuméfiée au point d'insertion du polype. Du 18 au 21 septembre il y a eu des douleurs assez vives dans la poitrine, mais qui ont disparu sans laisser de trace.

C E D D

Fig. 3 (¹).

Tels sont les faits intéressants que nous voulions mettre sous les

(¹) Ce serre-nœud (fig. 3) se manœuvre d'une seule main. Le dard G pénètre dans la tumeur seulement lorsque celle-ci commence à être divisée par l'anse B. L'index et le médius sont introduits dans les anneaux DD. Le manche est appuyé sur la paume de la main.

yeux de nos lecteurs. Ce sont les premiers, à notre connaissance du moins, non pas sans doute où l'on ait pensé à l'application de l'écrasement linéaire au traitement des polypes du larynx, car c'est une méthode qui devait se présenter naturellement dans de tels cas chirurgicaux,— mais où cette application ait été faite et faite avec succès. Il faut y ajouter, paraît-il, ainsi que nous le disions en commençant, les faits semblables de la pratique de M. Gibb ; malheureusement nous avons dû nous borner à les mentionner, jusqu'à ce qu'ils aient été publiés par leur auteur. Mais dès à présent la voie est ouverte à l'emploi de l'écrasement linéaire dans le traitement des polypes laryngiens : des indications faciles à saisir sont posées, des instruments créés, et la méthode, grâce à de nouvelles applications, dont l'occasion ne peut manquer de surgir, ne faillira pas à se perfectionner et à donner tous les résultats avantageux qu'elle comporte.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### Formules diverses pour la préparation de la chlorodyne.

Depuis quelque temps une certaine classe de pharmaciens s'agite pour obtenir la liberté de la vente des médicaments sous la simple garantie du diplôme. Cette liberté existe dans un pays voisin, l'Angleterre ; elle y produit l'anarchie la plus complète. M. Mayet nous en fournissait dernièrement une preuve, à propos de la préparation de la goutte noire ; nous en trouvons un exemple nouveau dans le *Formulaire raisonné des médicaments nouveaux*, que vient de publier M. Réveil, à propos des formules nombreuses pour la préparation de la chlorodyne, mélange antinévralgique que nous avons signalé récemment à l'attention de nos lecteurs.

| | M. TOWLE. | DOCTEUR OGDEN. | M. DUZZARD. |
|---|---|---|---|
| Pr. : Chloroforme. . . . . . . | f ʒ vj | f ʒ vj | f ℥ j |
| Ether chlorique. . . . . . . . | f ʒ j | » | » |
| Teinture de capsicum. . . . . | f ʒ j ß | f ʒ j ß | » |
| Huile essentielle de menthe angl. . | m ij | m ij | m × |
| Hydrochlorate de morphine. . . | grs viij | grs viij | » |
| Acide cyanhydrique (Scheele). . . | m xij | m xv | m 86 |
| Acide perchlorique . . . . . . | m xx | mm xxj | » |
| Teinture de *cannabis Indica* . . . | f ʒ j | » | » |
| Mélasse. . . . . . . . . . | ʒ j | ʒ j | ʒ iv |
| Esprit-de-vin rectifié. . . . . | » | » | f ʒ iv |
| Ether sulfurique rectifié. . . . | » | » | f ʒ j |
| Liqueur de muriate de morphine. . | » | » | f ℥ j |
| Extrait mou de réglisse. . . . . | » | » | ʒ iv |
| Sirop simple. . . . . . . . . | » | » | f ℥ j |

*Autres formules sans noms d'auteurs.*

| | gr. | gr. | gr. |
|---|---|---|---|
| Muriate de morphine. . . . . . . . | 0,80 | 1,20 | » |
| Chloroforme pur.. . . . . . . . . . | 4,00 | » | 6,00 |
| Ether pur.. . . . . . . . . . . . . | 8,00 | » | » |
| Essence de menthe. . . . . . . . . | 64,00 | 1,00 | » |
| Teinture de chanvre indien (au 8e). | 12,00 | » | » |
| Acide citrique. . . . . . . . . . . | 0,30 | » | » |
| Ether chlorique. . . . . . . . . . | » | 12,00 | 4,00 |
| Alcool fort. . . . . . . . . . . . . | » | 76,00 | » |
| Teinture d'opium.. . . . . . . . . | » | 8,00 | 12,00 |
| — de jusquiame. . . . . . . . | » | 8,00 | » |
| Acide muriatique.. . . . . . . . . | » | 1,20 | » |
| Cyanure de potassium. . . . . . . . | » | » | 0,36 |
| Eau de menthe . . . . . . . . . . . | » | » | 4,00 |
| Sulfate de morphine. . . . . . . . | » | » | 0,76 |
| Essence de carvi.. . . . . . . . . | » | » | 0,36 |
| Esprit de menthe. . . . . . . . . | » | » | 124,00 |
| Caramel, quant. suff. pour colorer. . | » | » | |

Nous avons conservé la notation anglaise : f placé devant les quantités signifie *fluide* et veut dire, en langage pharmaceutique anglais, que ces quantités, au lieu d'être pesées, doivent être mesurées dans des verres gradués *ad hoc*.

m signifie *minime*, la soixantième partie d'un fluidrachme, ou gros fluide.

Les Anglais appellent éther chlorique le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Chloroforme.. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | f ʒ j |
| Esprit-de-vin rectifié.. . . . . . . . . . . . . . . . | f ʒ vij |

La liqueur de muriate de morphine contient un grain de chlorhydrate de morphine par f ʒ j. Voici sa formule :

| | |
|---|---|
| Muriate de morphine. . . . . . . . . . . . . . . . . | ʒ j |
| Eau distillée. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | f ℥ v |
| Alcool rectifié . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | f ℥ ij ß |

---

### Nouveau procédé de préparation du citrate de magnésie.

L'emploi de ce sel purgatif, aussi efficace qu'agréable, devient de plus en plus fréquent. Il tend à remplacer celui du sulfate de magnésie, dont la saveur est redoutée des malades.

Malgré le succès de cette préparation, sa formule est loin d'être fixée; chaque année en voit surgir de nouvelles, dont la dernière se pose invariablement comme la meilleure. Les journaux de cette année nous en apportent encore deux, dont l'une est due à un pharmacien belge, M. de Letter (1), et l'autre à un chimiste allemand, M. Hager (2).

---

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIV, p. 504.
(2) *Journal de pharmacie*, août 1864.

M. de Letter recommande de faire sécher pendant cinq jours, dans une étuve chauffée à 40 degrés, le mélange d'acide et de carbonate de magnésie, puis de le pulvériser et de le tamiser.

M. Hager fait avec le même mélange une bouillie au moyen de l'alcool à 0°,83 de densité, puis il met le tout sécher dans une étuve chauffée à 45 degrés. L'opération se complète par la pulvérisation et la tamisation.

De ces deux procédés, nous trouvons le premier trop long et le second inefficace. Ce dernier défaut résulte de l'eau que laisse dans le sel magnésien l'alcool en s'évaporant; car le succès de l'opération dépend, avant tout, de l'éloignement de tout contact humide.

Nous sommes donc forcé de lui préférer le procédé suivant, aussi simple qu'efficace, que nous pratiquons depuis dix ans dans notre laboratoire :

| | |
|---|---|
| Pr. Acide citrique pulvérisé et très-sec.. | 200 grammes. |
| Carbonate de magnésie........... | 120 |

Mêlez exactement. Enfermez dans un flacon légèrement chauffé, bien ressuyé, et tenez-le exactement bouché.

Le mélange ainsi fait (citrate de magnésie amorphe de M. Hager) se dissout rapidement dans l'eau, à la température ordinaire. Une partie de sel se dissout dans trois parties d'eau. La dissolution, au bout de quelques minutes, devient claire et sans précipité. Ce sel conserve très-longtemps la même solubilité.

Une recommandation importante ne doit pas être perdue de vue en faisant ces dissolutions, et particulièrement dans la préparation des limonades citriques; nous voulons parler *du choix de l'eau*. Plus la pureté de ce dissolvant se rapprochera de celle de l'eau distillée, plus la dissolution sera rapide et le solutum transparent.

A Paris, avec l'eau filtrée du canal de l'Ourcq, le trouble est tel qu'il va jusqu'à former un précipité. L'eau du puits de Grenelle donne une dissolution satisfaisante. L. Parisel.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### Observation d'un ongle incarné guéri par l'emploi topique du perchlorure de fer.

On a proposé un grand nombre de moyens pour guérir l'ongle incarné : il est donc évident que la plupart de ces moyens sont infidèles et que le praticien a tout intérêt à connaître des faits vraiment

concluants. Le suivant est de ce nombre ; il vient s'ajouter d'ailleurs aux cas déjà nombreux consignés dans ce journal, et qui témoignent des bons effets de l'emploi topique du perchlorure dans le traitement de cette tenace affection.

Obs. Mlle A. J***, âgée de dix-sept ans, d'une bonne constitution, mais d'un tempérament nerveux et lymphatique, quitta Paris en 1859, à l'âge de quatorze ans, étant bien réglée depuis une année. Elle fit un voyage fatigant et s'appliqua beaucoup dans ses études. De ce moment ses règles ne reparurent plus, et elle présenta les symptômes les plus prononcés de chlorose et d'état nerveux : palpitations, essoufflement, gastralgie, toux hystérique, etc. Un mois après, et sans que sa chaussure l'eût gênée, elle remarqua une inflammation semblable à un panaris au gros orteil droit. Un point s'ulcéra promptement et des fongosités apparurent. Depuis lors et jusqu'au moment où je la vis (avril 1862), elle ne cessa pas, pendant trois années consécutives, d'avoir le même mal, avec des intervalles de mieux et de pire, tantôt à un pied, tantôt aux deux, et de plus des panaris aux doigts, se succédant avec une telle rapidité qu'elle en avait souvent deux à la fois. Elle n'en avait jamais eu un seul avant cette époque.

Dix mois après le début du premier ongle incarné, comme l'alun ni l'azotate d'argent, ni aucun moyen de cautérisation n'avaient réussi, on s'était décidé à l'extraction de l'ongle, opération que la malade avait supportée courageusement, sans être anesthésiée.

Mais à peine deux mois s'étaient-ils écoulés, que le gros orteil du pied gauche, pris à son tour, s'était trouvé plus malade même que le droit ne l'avait jamais été. Les panaris des doigts s'étaient succédé en même temps sans interruption, notamment aux doigts les plus fatigués par l'étude du piano. Les deux orteils voisins des gros avaient aussi été malades, mais à un faible degré. Un an après l'avulsion, l'ongle avait repoussé, mais les chairs qui l'entouraient étaient plus fongueuses que jamais.

Mlle J*** revint alors à Paris, amaigrie, fatiguée, manquant d'appétit et reprise de sa toux hystérique. Les règles n'avaient pas reparu depuis deux ans. Le gonflement excessif des orteils obligeait la malade à ne porter que des pantoufles.

Je fus appelé, en avril 1862, un an après le retour de Mlle J*** à Paris et trois ans après le début du mal. Les deux gros orteils étaient extrêmement hypertrophiés : le droit avait 8 centimètres et demi de circonférence, le gauche 8 ; tous deux étaient indurés et constamment violacés, jusqu'à une hauteur de 5 millimètres au-dessus de la

matrice de l'ongle. Cette dernière avait évidemment participé à l'état inflammatoire, car elle fournissait un ongle *plus large* et *beaucoup plus épais* qu'à l'état normal.

Au pied gauche, la matrice de l'ongle n'était enflammée qu'à son bord interne, de sorte que l'ongle, plus gros et plus long de ce côté, se recourbait vers le bord externe, où il entrait profondément dans les chairs.

La jeune malade était décidée à subir l'ablation de la matrice de l'ongle. Je proposai d'essayer d'abord de conserver l'ongle; on accepta.

Une première indication était de *couper l'ongle des deux côtés, à quelques jours d'intervalle, et de tenir les pieds au repos* et dans la position horizontale, afin que l'hypertrophie amenée par les inflammations successives pût disparaître.

Une deuxième indication consistait à *réprimer les fongosités.* Voyant que diverses cautérisations avaient été inutiles, j'eus l'idée d'employer le perchlorure de fer, déjà recommandé par les docteurs Ivonneau et Wahn. J'employai d'abord la *pommade de perchlorure* en application sur ces végétations, et introduite entre elles et l'ongle au moyen d'un peu de charpie qu'on laissait à demeure. Les fongosités étaient invariablement racornies du jour au lendemain; on pouvait en détacher une bonne partie sous forme de croûte; mais aussitôt *de nouvelles fongosités se produisaient*, de sorte qu'il fallait répéter l'application du perchlorure plusieurs jours de suite.

Par ces applications successives, je parvins à faire l'inspection des parties profondes du mal, et c'est alors seulement que je me rendis compte de la cause qui l'entretenait et que j'eus la certitude de la guérison. Je trouvai d'un côté, à une très-grande profondeur dans le sillon latéral, *un grand débris d'ongle tout macéré*, terminé en une pointe qui s'insinuait dans la partie antérieure de l'orteil, et difficile à enlever, même avec une pince très-fine et plate. Dès que j'eus réussi à extraire ce débris, le perchlorure de fer amena une *momification immédiate et permanente* des fongosités, qui précédemment se reproduisaient sans cesse.

Il fallut extraire des débris semblables, et tout aussi difficiles à trouver, dans les autres sillons des deux gros orteils.

J'ajouterai ici que le *perchlorure de fer,* tout en étant un agent très-précieux en pareil cas, *ne doit être employé qu'avec précaution.*

L'application de ce sel pulvérisé, substitué à la pommade, pour obtenir un effet plus complet, produisait, au bout de cinq minutes,

de vives douleurs. Il fallut, un jour, pour prévenir une inflammation, avoir recours à des applications d'eau froide constamment renouvelées. Mais lorsque j'avais soin de laver l'orteil aussitôt que le perchlorure sec s'était liquéfié, c'est-à-dire au bout d'une minute, il ne se produisait jamais qu'une irritation très-légère, et le racornissement des fongosités ne s'en faisait pas moins sur toute la surface touchée par le sel de fer.

Je faisais faire, par précaution, des applications d'eau froide plusieurs fois par jour, et je suis certain que ce moyen, continué pendant quelques semaines, a énormément hâté la disparition de l'état subinflammatoire des orteils, et a facilité la diminution de leur volume et la production d'une chair ferme qui n'était plus sujette à s'ulcérer comme auparavant. *L'emploi du froid*, non-seulement comme calmant, mais aussi comme tonique, pour aider à l'action astringente du perchlorure de fer, était d'autant plus nécessaire ici, qu'il était impossible de proposer l'usage d'aucun médicament interne capable de diminuer l'état lymphatique et nerveux qui perpétuait la maladie. La famille était décidée à ne pas accepter de médicaments de ce genre, et il fallait se contenter d'une bonne alimentation.

Malgré tous ces obstacles, malgré l'ancienneté du mal, la guérison fut très-bien obtenue. Lorsqu'une fois l'état inflammatoire eut beaucoup diminué, la couleur livide des orteils se changea en une légère teinte rosée, qui disparut elle-même pour faire place à la couleur naturelle. De même, quatre mois après le début du traitement, l'ongle du gros orteil gauche, qui était incurvé à cause d'une inflammation partielle de sa matrice, redevint parfaitement droit, et les deux ongles, ainsi que les orteils, avaient repris leur grandeur naturelle, avec sept centimètres de circonférence.

A partir du troisième mois, la jeune malade avait pu sortir et se promener. Je l'ai revue tout récemment ; la guérison s'est parfaitement maintenue.

Il résulte de ce fait que l'utilité du perchlorure de fer pour tanner, momifier les fongosités est incontestable ; mais elle n'a pu se manifester complétement qu'après *l'extraction d'anciens débris d'ongle très-profondément situés,* et qui avaient longtemps échappé à une investigation minutieuse.

D^r^ Thierry-Mieg.

# BIBLIOGRAPHIE.

*Leçons sur l'exploration de l'œil, et en particulier sur les applications de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux*, par M. le docteur Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Chargé, il y a de cela une année, de l'un des cours supplémentaires récemment institués près de la Faculté de médecine de Paris, — du cours de clinique ophthalmologique, — M. le docteur Follin, après avoir brillamment accompli la mission élevée qu'il avait courageusement acceptée, a cru devoir — et nous l'en félicitons — faire bénéficier de l'heureux fruit de ses leçons un public plus nombreux que celui qu'une année scolaire peut amener autour d'une chaire assidûment entourée. Il livre aujourd'hui au corps médical entier le texte même de ces leçons, auxquelles un seul reproche peut être adressé, celui d'une trop grande brièveté, d'une concision trop modeste.

Le sujet qu'avait à traiter le savant professeur agrégé intéresse, en effet, au plus haut degré, la profession tout entière. Il ne s'y agissait de rien moins que de donner les honneurs de l'enseignement officiel à des doctrines, — non, — à des découvertes multipliées, à des moyens d'exploration aussi élégants que productifs, à une science, en un mot, toute neuve il est vrai, mais dont la large fécondité semble contredire l'acte de naissance.

Le point de départ de l'ophthalmologie moderne est à fixer, on le sait, dans cette admirable découverte qui place aujourd'hui devant le médecin, qui étale sous ses yeux le tableau huit ou dix fois agrandi des surfaces profondes de l'œil interne. Au moyen de l'ophthalmoscope, l'œil est retourné comme le serait une bourse; sa surface profonde, devenue extérieure, est exposée amplifiée et, pourrions-nous ajouter, avec ses reliefs et ses dépressions également grossis, préparée comme la plus fine, la plus délicate des injections pour les investigations de l'anatomo-pathologiste. Pour qui peut apprécier la valeur qu'a dans les sciences d'observation un instrument propre à faire voir ou toucher quelque chose de nouveau, quelque chose qu'on n'a pas encore pu voir ni toucher sans lui, la possession d'une méthode telle que l'ophthalmoscope a l'importance d'une grande révolution scientifique.

Cette révolution, annoncée il y a dix ans par la publication d'Helmholtz, est devenue aujourd'hui un fait accompli, et accompli au décuple, au centuple. C'est son histoire et celle de ses innombrables

corollaires directs et indirects que M. Follin avait reçu mission d'exposer dans l'enceinte sacrée où nous n'assurerions pas que son nom eût été jusque-là même prononcé.

Disons à son honneur que cette exposition a été faite de façon à réparer, autant qu'il était du moins possible, les années perdues par le corps officiel enseignant. Si la jeunesse de l'école a encore quelque peu de ces aspirations scientifiques que nous avons connues aux générations qui l'ont précédée, entendant toutes ces choses nouvelles, sérieuses, positives, si éloignées de toute tradition scolastique, de toute phraséologie de convention, et où toutes les sciences naturelles et physiques se confondent dans des conclusions communes, une amertume cruelle doit remplir son cœur et son esprit à l'endroit des maîtres chargés de la diriger. Car, à côté de cette anatomie pathologique vivante prise sur le fait et étalée au grand jour, et dans les enseignements de laquelle tous les actes de la circulation, de l'exhalation interstitielle, de l'absorption même, peuvent être analysés au microscope ; à côté de ces sources sans nombre d'études nouvelles, se groupent bien d'autres richesses scientifiques.

Passons, en effet, sur les merveilles ophthalmoscopiques ; ne trouvons-nous pas en ligne collatérale avec elles, et fort bien groupées par le savant professeur, toutes les doctrines fécondes qu'une plus exacte analyse de la fonction visuelle vient d'ajouter, en les complétant, aux travaux glorieux des Kepler, des Euler, des Young, des Sturm, et de tant d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

Ne sont-ce pas des trésors que la découverte de l'hyperopie (ou hypermétropie), que celle du mécanisme de l'accommodation, que l'ingénieuse idée de l'ophthalmomètre (encore une conception de Helmholtz !)? Et l'asthénopie, non-seulement définie pour la première fois depuis que ce terme traîne comme un inconnu dans tous les traités classiques, mais du même coup creusée, expliquée et guérie !

Nous ne dirons rien de l'astigmatisme ; comme recherche première, il date de Young et de Airy ; mais la notion claire et nouvelle de l'hypermétropie n'a-t-elle pas changé en une doctrine applicable et appliquée aujourd'hui chaque jour, ce qui n'était encore, il y a deux ou trois ans seulement, qu'une sorte de problème délicat offert à la sagacité des curieux de la nature ?

N'est-ce rien encore que la conquête de règles précises pour l'administration de la vue, que les lois nouvellement formulées, et qui

relient la vision unioculaire et la vision associée, l'adaptation de chaque œil à la convergence mutuelle des deux organes ?

Et les maladies de cette fonction nouvelle, l'adaptation, bien nettement différenciées des états physiques dits de réfraction, était-il sans intérêt de les connaître ?

Heureux le jeune et savant maître à qui a pu échcoir l'honneur de faire connaître toutes ces belles choses à un auditoire nombreux et avide, s'il est encore toutefois des auditoires nombreux et avides ! car un bruit est venu jusqu'à nous de quelques enfants amenés dernièrement dans nos amphithéâtres, jusque-là respectés par l'ignorance, en meute, disaient-ils ingénûment, contre le *positivisme !*

Etrange rapprochement et leçon sanglante ! Comme préambule, pour préparer et adoucir à l'avance les esprits, sans doute prévenus, M. Follin, en prenant la parole, commence par rassurer ses auditeurs sur la valeur sérieuse, la sévérité des résultats qu'il leur apporte. Quoique d'origine allemande, prend-il soin de dire en débutant, ces travaux n'ont rien de nébuleux : « L'Allemagne, dit-il excellemment, se guérit chaque jour du défaut qu'on lui reproche, et la rigueur scientifique qu'elle apporte aujourd'hui dans les études les plus élevées, dans l'histoire des religions par exemple, » (... et il eut pu ajouter : dans la mensuration au centième de millimètre près des images sur la cornée,) « doit nous rendre de moins en moins défiants vis-à-vis des résultats de la science allemande. »

Que M. Follin a donc bien fait de dire cela l'an dernier ! Quel accueil eût-il reçu cette année-ci, s'il avait dû parler ainsi il y a huit jours, après son savant collègue, M. Robin !

Jeunesse, jeunesse ! étudiez : l'Allemagne marchera encore pendant que vous devrez apprendre à comprendre ce qu'elle a produit; les rôles sont intervertis aujourd'hui. En écoutant votre habile professeur, vous avez pu être à même de relever au compas nos positions respectives à elle et à nous. Nous ne craignons pas d'accuser ici la distance qui nous sépare ; ce n'est pas en projetant sur eux une ombre, mais en y plantant un phare, qu'on signale les écueils et les récifs. Le génie français a l'élasticité qu'il faut pour reprendre ou au moins disputer la corde, mais encore faut-il qu'il s'éveille à temps des langes bénis que l'orthodoxie lui prépare et où le quiétisme l'endort.

La publication de M. le docteur Follin comprend neuf leçons, y compris son introduction, consacrée à l'historique de l'ophthalmologie. Les huit suivantes, à proprement parler les leçons doctrinales,

se divisent tres-méthodiquement en partie objective et partie subjective. Dans les quatre premières, le professeur expose tout ce qui se rapporte à l'examen direct, anatomique, pourrait-on dire, de l'œil sain et malade. Dans la dernière partie se déroule l'analyse subjective, l'interrogation fonctionnelle de l'appareil.

A cet égard, la manière dont est traité le texte répond parfaitement au titre et au but de l'ouvrage. C'est uniquement au point de vue exploratif qu'est faite cette exposition, qui devait servir de prélude et de préambule aux leçons cliniques dont le théâtre a été le service hospitalier du professeur.

Une semblable exposition ne se pouvait faire sans de larges et fréquentes digressions dans le domaine de la physiologie spéciale de l'organe de la vue. Ces points de science sont parfaitement traités dans la publication qui nous occupe ici. Nous y avons en particulier remarqué une très-claire exposition de l'accommodation. Dans la première partie, on peut en dire autant de l'historique du développement progressif de l'ophthalmoscopie. Nous ferions peut-être ici à l'auteur un léger reproche, c'est d'avoir donné trop de place à cet élément historique, eu égard à la partie dogmatique et de théorie pratique. Toute découverte, comme celle de l'ophthalmoscopie, a nécessairement et des hésitations et des essais et des tâtonnements à ses débuts; nous aurions préféré pour l'élève une démonstration plus détaillée des propositions magistrales qui servent d'assiette à la méthode nouvelle, à cette savante dissertation historique plutôt faite pour une académie.

Puisque nous sommes en veine de reproches, nous adresserons aussi une petite remarque critique à la leçon d'introduction. Qu'est-ce que cette introduction ? Plus qu'à toute autre chose elle ressemble à un petit réquisitoire rétrospectif à l'endroit de la spécialité. Etait-ce un léger tribut payé par le professeur aux préjugés de l'enceinte, une demande de laissez-passer? Nous assurons qu'elle était inutile et même quelque peu illogique. Les débuts de toute science, de toute acquisition de l'esprit humain n'ont pas lieu sous les lambris dorés. La chirurgie le sait bien : ses premiers maîtres, ses héros ne tenaient-ils pas boutique? Amb. Paré et J.-L. Petit avaient pour confrères et égaux des barbiers !

Pourquoi donc cette causticité à l'endroit de la spécialité des temps passés, quand on va décrire toutes les remarquables productions dont l'énoncé seul a permis à M. Follin de faire un volume. Pour nous, loin de répudier une désignation à laquelle l'école affecte de donner un vernis dédaigneux, nous serions au contraire flatté

de porter un titre illustré par les Graefe, les Donders, les Arlt, les Bowman, les Jaeger, et tant d'autres dignes et considérables. Spécialité ne veut pas dire charlatanisme ; on se complaît trop, place de l'Ecole-de-Médecine, dans cette confusion. Il y a des mots dans la langue très-suffisamment explicites pour désigner l'impudence et la fausse science : charlatanisme et indignité ont une signification assez nette. Quand ce sens est celui qu'on veut exprimer, il est inutile de prendre un détour par lequel on s'expose à frapper l'honorabilité en même temps que l'effronterie, à blesser le vrai savant du trait destiné au faiseur.

Que M. Follin ne prenne point cette digression à son compte ; son livre entier, le talent élevé avec lequel il sert d'organe à ces découvertes et d'interprète à la cause que nous défendons ici, le protégeraient suffisamment contre tout soupçon de participation à des préjugés que nous lui reprochons seulement de n'avoir pas attaqués en face. Mais, après tout, la meilleure manière de les combattre, c'est de les noyer dans la lumière, et ce rôle, M. Follin l'a rempli de façon si complète que les plus exigeants ont droit d'être satisfaits.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

Du succès de l'ouranoplastie, avec ou sans ossification périostique. — L'importance de l'opération de l'ouranoplastie, dont M. Sédillot a adressé récemment à l'Académie des sciences un beau cas de succès (p. 227), engage ce chirurgien sagace à revenir sur quelques détails de cette conquête de notre art.

« La doctrine de l'incurabilité des fissures congénitales de la voûte palatine, dit M. Sédillot, avait été acceptée et semblait si définitive en France, que les guérisons annoncées en Allemagne par le professeur Langenbeck, en 1861, frappèrent l'attention sans qu'aucun chirurgien de notre pays ait paru tenté de les renouveler et en ait publié d'observations. Il est vrai que, sur les cinq malades dont M. Langenbeck avait rapporté l'histoire, deux succès seulement avaient été obtenus, et dans des cas où la fissure de la voûte n'était pas complète.

« Aujourd'hui que le succès communiqué par nous à l'Académie montre la possibilité de la guérison des fissures mêmes les plus compliquées, il n'est pas douteux que de semblables opérations ne soient pratiquées avec empressement par tous les chirurgiens qui en trouveront l'occasion, et ce sera probablement d'autant plus

prompt, comme en témoigne notre propre expérience, qu'une foule de malades, condamnés jusqu'à ce jour à supporter leur difformité ou à recourir à l'emploi des obturateurs, réclameront les secours do la chirurgie dès qu'ils en connaîtront les ressources et les heureux résultats.

« L'ouranoplastie, nous l'avons dit, était la conséquence des travaux de M. Flourens sur l'ostéogénie périostique ; mais les hésitations et les craintes qui avaient empêché les chirurgiens de réaliser ce grand progrès reposaient sur des considérations trop légitimes pour qu'il ne soit pas sans intérêt de les rappeler. On professait que les os mis à nu devaient s'exfolier, et dans les cas, peu nombreux il est vrai, où cette exfoliation n'arrivait pas, on la supposait insensible et moléculaire plutôt que de douter de la théorie.

« Dans des cas moins heureux, l'exfoliation, sorte de nécrose superficielle, pouvait se changer en mortification totale des os affectés, et pour ceux de la face, et particulièrement pour ceux de la voûte palatine, le danger semblait imminent.

« On n'ignorait pas que dans les nécroses phosphorées, dont j'ai le premier entretenu l'Académie (séance du 9 mars 1846), les os de la face, partiellement ou entièrement atteints, ne se reproduisaient pas, malgré la conservation du périoste et de toutes les parties molles environnantes, et il en est de même des nécroses syphilitiques, si spécialement fréquentes aux maxillaires supérieurs et à la voûte du palais.

« Les os du palais, placés entre deux périostes, le nasal et le buccal, paraissaient cependant offrir des conditions de régénération extrêmement favorables, puisque le travail ostéogénique avait deux siéges et deux organes dont la vascularité et la vitalité ne laissaient rien à désirer.

« Il n'était donc pas irrationnel de supposer que les surfaces de la voûte palatine mises à nu par la dissection et la séparation du périoste pourraient être frappés de nécrose, et qu'on aggraverait l'état des malades, dont les fissures congénitales, loin d'être oblitérées, seraient agrandies.

« Les hésitations chirurgicales étaient donc parfaitement justifiées, et on pouvait également se demander ce que deviendraient les lambeaux détachés de leurs adhérences osseuses.

« Ces lambeaux seraient-ils assez solides pour produire une cloison définitive entre les deux cavités buccale et nasale et résister aux pressions continuelles inhérentes aux fonctions de ces parties ? Ces craintes devaient toutefois diminuer et disparaître avant la haute

affirmation du célèbre secrétaire de l'Académie, et la conviction que le périoste produirait une nouvelle voûte palatine allait conduire à des tentatives plus hardies ; l'on sait aujourd'hui quels en ont été les résultats. L'expérience, cette dernière raison du doute et de l'inconnu, a démontré que la voûte palatine dénudée par le chirurgien n'est pas frappée de nécrose, qu'elle se recouvre parfaitement d'un nouveau périoste, et que les lambeaux détachés et réunis sur la ligne médiane y acquièrent une épaisseur, une résistance et une solidité suffisantes pour l'obturation et le rétablissement fonctionnel des deux cavités naso-buccales. La question de savoir si les lambeaux périostiques rétablissent la continuité d'une voûte osseuse a dès lors beaucoup perdu de son importance pratique dans le cas particulier qui nous occupe.

« M. Langenbeck et quelques autres chirurgiens croient avoir nettement constaté la présence de surfaces osseuses de nouvelle formation ; si nous ne les avons pas observées de notre côté, nous n'en contestons nullement la possibilité et nous nous bornons à réclamer des preuves positives et incontestables, pour posséder la conviction scientifique d'un fait aussi important et aussi fécond en conséquences ultérieures.

« Le danger de la mortification des lambeaux pouvait être aussi le sujet de sérieuses inquiétudes, si l'on considère que les artères nourricières seraient divisées, les lambeaux séparés et nécessairement froissés par les manœuvres de l'opération, réduits par leur rétractilité à une sorte de cordon ou de ruban d'une assez longue étendue, traversés et comprimés par de nombreux points de suture.

« Toutefois, en pratiquant l'ouranoplastie en deux temps, de manière à atteindre d'abord les artères palatines postérieures et ensuite la naso-palatine, après le rétablissement des anastomoses de la moitié postérieure du voile, on échappe à ces dangers et la vitalité des lambeaux reste assurée.

« Nous avons supposé la fissure palatine bornée à la voûte et s'arrêtant à l'arcade dentaire. Dans les cas où la fente congénitale est encore plus étendue et atteint l'arcade dentaire elle-même, comme on l'observait sur l'enfant que nous avons opéré, les procédés d'occlusion deviennent d'une application plus délicate et plus difficile, et réclament dès à présent, chez les jeunes enfants, un traitement plus rationnel de la projection en avant de l'os incisif. »

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

## REVUE DES JOURNAUX.

**Recherches sur les phénomènes physiologiques** *dus à l'irritation du nerf auditif par le courant galvanique continu, et sur l'emploi de ce courant comme moyen diagnostique dans les maladies de l'oreille.* Les expériences qui ont servi au travail du docteur Katolinski ont été faites sur 89 sourds-muets et sur 7 personnes douées d'une ouïe normale. L'auteur a reconnu que le courant galvanique continu agit sur le nerf auditif tout autrement que les courants d'induction. Par le premier, on peut produire la sensation des seconds, tandis que les courants d'induction ne produisent jamais que des bruits plus ou mois confus. Outre les sensations de sons, le courant continu fait éprouver celle d'un tintement métallique. Les deux phénomènes sont plus prononcés lorque le courant est ascendant que lorsqu'il est descendant. Ils se sont produits invariablement chez tous les individus doués d'une ouïe normale, tandis que chez les sourds-muets on ne les a observés que 3 fois sur 89 cas. L'auteur conclut de là que toutes les fois que, sous l'influence du courant continu, le sujet n'éprouve pas de sensation de son ou de tintement métallique, on peut supposer que le nerf auditif est atteint d'une altération quelconque, et, en outre, que dans tous les cas où des malades, privés de l'ouïe et ayant été soumis à différents modes de traitement, ont encore la sensation du son ou du tintement métallique lorsqu'un courant galvanique traverse le nerf auditif, on peut prédire avec assurance qu'ils recouvreront l'ouïe sous l'influence du traitement par l'électricité. Cette dernière conclusion est évidemment un peu prématurée; toutefois, dans trois cas de surdité nerveuse rapportés par l'auteur, la guérison a été réellement obtenue par ce mode de traitement.

Dans tous les cas, le courant continu est un moyen diagnostique que l'on peut employer indistinctement chez tous les malades, et qui mériterait de devenir aussi usuel que l'emploi du spéculum de l'oreille, par exemple. Sans doute, le nombre des cas dans lesquels on pourra l'employer avec profit, comme agent thérapeutique, sera extrêmement restreint, mais il éclairera toujours au moins le diagnostic.

Avant d'appliquer les courants, il faut toujours faire dans les oreilles des injections émollientes tièdes, pour débarrasser le conduit auditif du cérumen. On introduit ensuite des éponges coniques humectées, et l'on applique les électrodes de la manière suivante : soit le pôle négatif dans l'oreille gauche et le pôle positif dans l'oreille droite, ou *vice versa*, lorsqu'on veut agir sur les deux oreilles ; soit le pôle positif ou négatif dans l'oreille et l'autre sur l'apophyse mastoïde correspondante, si l'on veut agir sur une seule oreille.

Le pôle positif étant supposé dans l'oreille droite et le pôle négatif dans l'oreille gauche, on produit les phénomènes suivants : 1° après la fermeture de la chaîne, sons et tintements métalliques dans l'oreille gauche, pendant tout le temps que la chaîne reste fermée ; 2° après l'ouverture de la chaîne, sons et tintement métallique dans l'oreille droite, et *vice versa*, quand la disposition des pôles est intervertie.

Il importe toujours de commencer par des courants faibles et d'employer progressivement des courants forts (de 5 à 30 éléments), pendant deux, cinq ou dix minutes au maximum.

Lorsque le nombre des éléments est de 20 à 30, le courant produit presque toujours des nausées et des vertiges. (*Journal de la physiologie*, 1863, numéro 22.)

---

**Herniaria glabra et chenopodium ambrosioïdes ; doses auxquelles on doit les employer dans le catarrhe aigu de la vessie.** Dans notre livraison du 30 août (page 182), nous avons signalé la médication proposée par M. le docteur Zeissl contre le catarrhe aigu de la vessie, et qui consiste principalement dans l'association de la herniaria et du chenopodium. Comme le poids indiqué par l'auteur était la drachme usitée en Allemagne, nous avons dû le traduire en poids français, afin de prévenir toute hésitation pour nos lecteurs; mais cette mention nous a échappé pendant la correction de nos épreuves. Nous venons réparer l'omission que

nous avons commise. La dose que conseille M. Zeissl est 4 grammes de herniaria et autant de chenopodium pour une théière d'eau bouillante. Quelle est la contenance de ce vase? c'est une lacune que laisse l'auteur. Du reste les propriétés diurétiques de la herniaria ont été mises hors de doute par les expériences entreprises à l'hôpital de Mons par M. le docteur Van Denbrouk et dont nous avons rendu compte dans le temps. Suivant ce médecin, la herniaria doit être administrée à la dose de 30 à 60 grammes dans les vingt-quatre heures; il est vrai qu'il l'emploie surtout comme agent diurétique dans les cas d'anasarque, ou dans les cas d'ascite, chez les individus anémiques. On conçoit qu'il faille en diminuer la dose lorsqu'on l'administre dans le catarrhe aigu de la vessie.

Le chenopodium vient-il agir sur l'élément spasme provoqué par l'inflammation de l'organe? Nous sommes conduit à poser cette question par le souvenir des expériences de Plenk : cet expérimentateur employait le chenopodium dans les maladies nerveuses et spécialement la chorée. M. Mick, médecin du grand hôpital de Vienne, s'en est également servi avec succès dans les mêmes circonstances. Il prescrivait l'infusion de 8 grammes de cette plante dans 500 grammes d'eau bouillante, à prendre par tasse dans la journée. A l'aide de ces indications, nous espérons que nos confrères pourront répéter les expériences de M. Zeissl.

---

**Emploi du citrate d'ammoniaque contre l'irritation de la vessie.** Le citrate d'ammoniaque a été recommandé par quelques médecins, notamment M. Prout, contre certaines formes de la maladie de Bright. M. Meade, chirurgien de l'infirmerie de Bradford, l'a trouvé très-utile dans les cas où l'urine a une densité peu considérable et contient une petite proportion d'urée, non plus pour combattre l'affection rénale, mais pour calmer l'irritation de la vessie qui s'y associe fréquemment. Il emploie le mode d'administration suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Sesquicarbonate d'ammoniaque......... | 4 gr. |
| | Acide citrique...... | 0,75 |
| | Eau.............. | 162 |

Mêlez. On prendra une cuilleréе à bouche de ce mélange trois ou quatre fois par jour. (*Medical Times and Gazette*, et *Journ. de méd. de Bruxelles*, décembre.)

---

**Emploi de la décoction de feuilles de noyer en douches et en bains.** Dans tout ce qui s'est dit ou publié touchant l'usage externe de la décoction de feuilles de noyer, il est à remarquer qu'il ne s'agit que de lotions, de lavages, de cataplasmes, d'injections et quelquefois de bains. Ainsi, à l'hôpital d'Angers, on emploie traditionnellement la décoction de feuilles de noyer en lotions contre *les tumeurs blanches et les ulcères scrofuleux*. A ces procédés, dont l'utilité est incontestable, M. Lapeyre ajoute avec fruit, dans bon nombre de cas, les bains généraux et les douches d'eau de noyer, administrant ces dernières avec les instruments les plus vulgaires. Notre expérience personnelle, durant une période de *douze ans*, nous autorise, dit l'auteur, à témoigner de la valeur de ces deux moyens.

Pour servir la douche, l'appareil, à raison de sa simplicité primitive, se trouve à la portée de tous. Une aiguière, une bouteille, une cafetière, un arrosoir de chambre, remplissent indifféremment le but. La durée de la douche et la hauteur de chute du liquide se mesurent au degré d'indolence des plaies ou des tumeurs. La température du liquide doit être généralement tiède et parfois au degré de l'air ambiant. Des plaies de toute nature, soumises à ce mode de traitement durant la période d'état ou de décroissance, sont très-heureusement modifiées lorsque, par hasard, la guérison complète n'a pas lieu. Il n'est pas jusqu'aux ulcères sordides ou gangréneux, qui ne subissent l'heureuse influence de ce médicament.

Dans les engorgements glandulaires plus ou moins étendus, fermes, de consistance marmoréenne, si l'on fait suivre l'application de quelques sangsues ou d'un vésicatoire non suppuré de l'usage journalier de la douche *loco dolenti*, on peut espérer une résolution aussi heureuse qu'imprévue. M. Lapeyre invoque à l'appui de cette promesse l'exemple d'une jeune fille dont le menton reposait sur l'articulation sterno-claviculaire, dont la taille était sensiblement déviée, à la suite d'un engorgement cellulo-glandulaire qui occupait tout le pourtour du cou. Dans ces cas graves, ainsi que dans les circonstances les plus communes, la dose de feuilles de

noyer est, on le comprend bien, essentiellement variable. En cette matière, le praticien est le meilleur juge du degré de concentration à prescrire.

Pour M. Lapeyre, les bains d'eau de noyer composent, en grande partie, l'hygiène et la thérapeutique des enfants lymphatiques, scrofuleux ou affaiblis par une maladie grave. Ici encore, il serait difficile de tracer des règles précises touchant la quantité de feuilles à employer dans les conditions si diverses qui en commandent l'usage. Qu'il nous suffise d'expliquer que l'un doit tenir compte de l'irritabilité du sujet. Il est des cas où la décoction doit être légère, tandis que les sujets scrofuleux la supportent très-forte et aiguisée par une poignée de sel. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, décembre.)

**Néphrite albumineuse traitée par les bains d'air chaud.** On lit dans la thèse inaugurale de M. Delalande, élève de l'école de médecine militaire de Strasbourg, que M. le professeur Kuss considère l'administration souvent répétée des bains d'air chaud et sec comme un moyen héroïque dans la période aiguë de la néphrite albumineuse. Plus de dix observations de néphrites albumineuses plus ou moins avancées, guéries par ce mode de traitement, témoignent en sa faveur. La caisse à incubation de M. Guyot atteint ici très-bien le but qu'on se propose; mais, à son défaut, on peut se contenter des appareils les plus simples: d'une cuve, d'un tonneau défoncé. On y fait brûler un peu d'alcool, le malade y est assis sur une chaise, la tête hors d'une couverture de laine qui recouvre hermétiquement la caisse, et il suffit seulement de renouveler de temps en temps l'air, quand on se sert de l'alcool, pour permettre à l'acide carbonique et à la vapeur d'eau de se dissiper. (*J. de méd. de Bruxelles*, déc. 1863.)

**Taitement de l'aménorrhée par la ventouse intra-utérine.** Dans une lettre adressée à M. Bouisson, de Montpellier, et que reproduit la *Gazette hebdomadaire*, M. Courty, rendant compte d'une excursion chirurgicale qu'il a faite en Ecosse, décrit ainsi un instrument dont M. Simpson se sert pour remédier à l'aménorrhée. Ce chirurgien introduit dans l'utérus ce qu'il appelle une ventouse sèche. Cette ventouse n'est pas autre chose qu'une sonde creuse percillée de trous à son extrémité terminale, vissée par son autre extrémité sur une petite pompe aspirante. A mesure qu'un fait le vide dans le corps de pompe et dans tout l'appareil, on exerce une sorte d'aspiration sur la muqueuse utérine, qui vient s'appliquer sur les petites ouvertures de la sonde, se fluxionne et finit par laisser le sang suinter, après quelques applications répétées plusieurs jours de suite ou réitérées au moment de plusieurs époques menstruelles consécutives. (*J. de méd. de Bruxelles*, décembre 1863.)

**Usage interne de l'iodure de potassium contre l'engorgement laiteux.** Sur 773 femmes admises à l'hôpital d'accouchements de Milan, dans l'espace de vingt mois, et dont un certain nombre, ne nourrissant pas leurs enfants, furent atteintes d'engorgement des seins, le professeur Billi trouva que l'hydriodate de potasse était un des moyens qui réussissaient le mieux dans ce cas. Employé en solution, à la dose de 35 à 45 centigrammes, à prendre dans les vingt-quatre heures, pendant deux ou trois jours au plus, dans les cas simples, il s'est montré plus promptement efficace qu'en applications topiques. Ce sel a également réussi dans le cas de mammite, combiné avec les cataplasmes et les onctions belladonées. C'est, en effet, un moyen assez rationnel à expérimenter et dont on doit la connaissance à M. Rousset, professeur d'accouchement à l'école de Bordeaux.

Dans le compte rendu du service de ce chirurgien, publié par M. Sentex, nous lisons le passage suivant: « Pendant le premier semestre de 1863, un très-grand nombre de femmes, surtout parmi celles qui se décidaient à ne pas nourrir leurs enfants, ont eu des engorgements laiteux, qui se sont facilement dissipés après la troisième dose d'iodure de potassium. Huit fois seulement cet accident, ordinairement bénin, s'est montré avec plus de gravité et a dû être combattu par des purgatifs répétés. Chez dix malades la suppuration est arrivée, et le pus ne s'est écoulé que grâce à des incisions multiples. Chez l'une des malades, il est resté pendant assez longtemps un trajet fistuleux, qui ne s'est oblitéré qu'après plusieurs injections avec la teinture d'iode. »

(*Omodeï Ann.* et *Journ. de méd. de Bordeaux,* décemb.)

**Traitement du rhumatisme articulaire.** Le docteur Birbeck Nevins, professeur de matière médicale à l'école de médecine de l'infirmerie royale de Liverpool, recommande vivement le traitement suivant : Dès le début du rhumatisme on donne le sulfate de quinine, à la dose de 10 centigrammes, quatre fois par jour, chaque dose étant additionnée de 25 centigrammes d'iodure de potassium ; en outre, un bain de vapeur suivi d'une lotion froide. Nous nous contentons de reproduire cette formule, M. Nevins n'ayant pas consigné de faits précis dans son travail. (*British medical Journal ; Journal de médecine de Bruxelles,* décembre.)

**Mode de déterminer le sexe du fœtus d'après le nombre des pulsations cardiaques.** De 120 à 122 pulsations à la minute pour le mâle, et de 144 à 150 pour la femelle, tel est le calcul sur lequel M. Zepuder, de Vienne, prétend se fonder pour déterminer le sexe du fœtus. Sur soixante observations faites, il ne s'est trompé que cinq fois, et encore attribue-t-il ces erreurs à de simples accidents anomaux, tels que l'état particulier de l'hydramnios, le développement excessif des parois abdominales, ou l'agitation des mouvements chez les femmes enceintes soumises à son examen.

M. Schurig, de Leipzig, expérimentant sur le même sujet, nous dit avoir observé trente et une femmes enceintes, et ne s'être trompé que neuf fois sur le sexe du fœtus. Il conclut en déclarant que le nombre des pulsations cardiaques du fœtus, tout en créant une probabilité, ne saurait, selon lui, déterminer le sexe d'une façon absolue :

1° Parce que le mouvement du pouls dans le fœtus varie fréquemment, sous l'influence de l'état de santé de la mère ;

2° Parce que la situation particulière du fœtus, aussi bien que le cordon ombilical lui-même, sont sujets à mille anomalies ;

3° Enfin parce qu'il est de toute impossibilité de constater ces anomalies avant l'accouchement, qu'elles existent dans le système circulatoire ou dans le cordon ombilical. (*Ebdomario clinico,* et *Journ. de méd. de Bruxelles,* décembre.)

**De l'action spéciale de la nicotine sur la pupille.** Les opinions des toxicologistes et des médecins, relativement à cette action, sont fort divisées. La dilatation de la pupille, chez des mammifères, avait été signalée, dans un certain nombre de cas d'empoisonnement par la nicotine, par Orfila, MM. Bernard et Van der Corput. M. Van Praag avait vu la pupille se rétrécir après s'être trouvée préalablement dilatée ; Reil avait signalé le rétrécissement de la pupille, suivi de dilatation au bout d'une demi-heure ; M. Braun enfin avait observé constamment le rétrécissement pupillaire à la suite d'instillation de nicotine dans l'œil. Il y avait donc lieu de reprendre cette étude.

M. Hirschmann a institué un grand nombre d'expériences sur des lapins, des chats, des chiens, des pigeons et des poules, tantôt en appliquant la nicotine directement sur l'œil, tantôt en l'administrant par la bouche ou l'anus, ou en l'injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il a vu constamment la pupille se contracter sous l'influence de la nicotine, et jamais cet alcaloïde n'a produit la plus légère mydriase. En variant les expériences, il s'est assuré que le rétrécissement de la pupille est dû à une paralysie incomplète ou complète des fibres rayonnées de l'iris, et non à un spasme du sphincter. Ce n'est pas du reste que la nicotine exerce une action paralysante directe et immédiate sur les fibres musculaires ; son action se porte seulement sur les extrémités terminales des nerfs qui se rendent à ces fibres dilatatrices. Lorsque la pupille est rétrécie par la nicotine et qu'on irrite la partie cervicale du grand sympathique, ces fibres ne répondent pas à l'excitation.

Le rétrécissement de la pupille atteint rapidement son maximum et diminue un peu bientôt après ; il reste ensuite dans le *statu quo,* puis s'efface insensiblement.

Lorsqu'on a produit le myosis par la nicotine et qu'on instille de l'atropine dans l'œil, la pupille revient à ses dimensions moyennes. Elle reste dans cet état pendant le temps que dure ordinairement le rétrécissement produit par la nicotine, puis survient une mydriase qui persiste ordinairement assez longtemps.

Lorsqu'on fait agir la nicotine après

avoir obtenu la mydriase par l'atropine, la pupille revient de même à un diamètre moyen, puis se dilate de nouveau quand l'action de la nicotine est épuisée.

La morphine produit des phénomènes analogues à ceux provoqués par la nicotine ; le rétrécissement de la pupille est cependant moins prononcé.

M. Rosenthal, avec le concours duquel M. Hirschmann a fait ses expériences, ajoute que les effets de l'extrait de fève de Calabar sont tout à fait analogues à ceux de la nicotine. (*Archiv für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medicin*, 1863, 3e livraison.)

## VARIÉTÉS.

*Séance publique annuelle de l'Académie des sciences.*

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le 28 décembre, sous la présidence de M. Velpeau. M. Flourens a lu l'éloge de M. Duméril, et M. Bertrand une notice sur la vie et les travaux de Kepler.

Nous publions le rapport de M. Longet sur les prix de médecine et de chirurgie, partie du programme qui nous intéresse plus particulièrement.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1863.

La commission des prix de médecine et de chirurgie a l'honneur de proposer à l'Académie de décerner, cette année, un prix et quatre mentions honorables aux auteurs dont les noms suivent : à M. Chassaignac, un prix de *deux mille cinq cents francs* ; à MM. Bourdon, Cahen, Debout et Gallois, des mentions honorables avec *quinze cents francs* pour chaque mention.

La commission a cru devoir distinguer surtout les recherches que M. Chassaignac a entreprises et poursuivies avec talent depuis plus de douze années, recherches qui l'ont amené à constituer une méthode chirurgicale nouvelle, désignée sous le nom de *méthode de l'écrasement linéaire.*

Diviser les tissus vivants en employant un moyen moins dangereux que les moyens ordinaires, c'est-à-dire de façon à prévenir et à conjurer, autant que possible, dans bien des cas, l'effusion du sang et les autres accidents du traumatisme chirurgical, tel a été le but que s'est proposé M. Chassaignac.

L'instrument dont il se sert se compose d'une chaîne à maillons articulés, d'un fourreau à l'intérieur duquel la chaîne est ramenée au moyen d'une double crémaillère et d'un double levier qui lui impriment un mouvement alternatif de va-et-vient, pouvant produire un tassement, une mâchure linéaire des tissus, au point d'en amener, séance tenante, la séparation complète.

Certains modes opératoires usités en chirurgie à diverses époques semblent se rapprocher de l'*écrasement linéaire*. Ainsi l'entérotome de Dupuytren, les pinces de Breschet pour le varicocèle, exercent bien une sorte d'écrasement ; mais la différence essentielle entre leur mode d'action et celui de la chaîne de M. Chassaignac consiste, d'une part, en ce que l'entérotome et les précédentes pinces n'amènent la séparation des tissus que par l'intermédiaire forcé de la gangrène ; en ce que, d'autre part, ces instruments ne sauraient opérer la section immédiate des parties par le seul fait de leur puissance mécanique. En donnant à l'ancien serre-nœud de Graefe un volume suffisant et en l'armant d'un fil de fer, sans doute on peut (comme le pratiquent aujourd'hui certains chirurgiens) diviser les tissus organiques assez rapidement et d'après un mode semblable à celui de l'écrasement linéaire ; mais il faut reconnaître que cette

pratique ne s'est vulgarisée que depuis les travaux de M. Chassaignac, dont le mérite d'ailleurs consiste bien moins dans l'invention d'un instrument particulier que dans la création d'une *méthode de diérèse* trouvant son application dans un certain nombre des opérations de la chirurgie.

Un exemple de section rapide par écrasement, fort irrégulier, il est vrai, s'observe dans le cas de morsure, où il y a rarement hémorrhagie : c'est, comme on le sait, par ce mode particulier d'écrasement que les femelles de la plupart des mammifères opèrent la séparation du cordon ombilical, pour ainsi dire sans écoulement de sang.

Ce dernier exemple, aussi bien que celui des plaies par les roues à engrenage, par les projectiles de guerre, etc., ces exemples, disons-nous, étaient autant de raisons pouvant faire présumer certains avantages particuliers aux sections mousses que produirait une pression suffisante concentrée sur un trajet linéaire.

C'est en 1850 que M. Chassaignac a pratiqué pour la première fois, à titre d'opération réglée, la section de tissus vivants à l'aide de l'instrument dit *écraseur*.

Depuis cette époque, des résultats cliniques et des expériences en grand nombre sont venus légitimer les premiers essais de cet habile chirurgien.

Au jardin des plantes, des expériences furent instituées dans le laboratoire de M. Flourens ; et toutes démontrèrent que, quand les tissus animaux, même les plus vasculaires, sont divisés à l'aide d'un écrasement conduit avec lenteur, les solutions de continuité ne donnent lieu, le plus ordinairement, à aucune hémorrhagie, ni primitive ni consécutive.

A l'abattoir de Grenelle, d'autres expériences faites sur la carotide du mouton, sur les artères ovariques de la vache, donnèrent les mêmes résultats.

Enfin à toutes ces expériences vinrent encore s'ajouter celles qui furent exécutées, à l'école vétérinaire d'Alfort, par MM. Bouley et Delafond, sur le cheval et le taureau. La section complète du cordon testiculaire, au moyen de l'écraseur, a été notamment tout à fait exsanguo, et le travail de cicatrisation a marché avec une simplicité et une rapidité remarquables.

Des essais analogues souvent répétés, à Saint-Pétersbourg, par le professeur Roschnof, ont confirmé l'exactitude des premières observations.

Il convient d'ajouter que, depuis une communication faite à la Société de médecine vétérinaire de Paris en 1856, M. Bouley a appliqué la méthode dont il s'agit dans maintes occasions à la clinique de l'école d'Alfort. C'est cette méthode qu'il emploie exclusivement aujourd'hui pour opérer, par exemple, les tumeurs fibreuses du cordon, les sarcocèles, et, en général, toutes les tumeurs profondément placées, telles que les tumeurs fibreuses du fourreau et les tumeurs mélaniques du rectum.

Chez l'homme, les résultats cliniques se déduisent des relevés de mortalité communiqués à l'administration des hôpitaux de Paris, relevés qui établissent que les nombreuses opérations faites par l'écrasement linéaire ont donné lieu à une mortalité relativement faible.

Comme document venant concorder avec les précédents relevés, figure aussi la relation détaillée de beaucoup d'observations recueillies par les élèves internes des hôpitaux de Paris et consignées dans diverses thèses inaugurales, ou bien dans l'ouvrage que M. Chassaignac a publié lui-même en 1856, sous le titre de *Traité de l'écrasement linéaire*.

Depuis lors, bien d'autres faits encore ont été publiés dans différents recueils

de la presse médicale française et étrangère, et, à de rares exceptions près, ces faits démontrent que les résultats obtenus ont été les mêmes, aussi bien dans les hôpitaux français que dans les hôpitaux étrangers.

*En résumé*, d'après la masse imposante d'observations publiées jusqu'ici, les avantages qui peuvent être attribués à la *méthode de l'écrasement linéaire* sont les suivants :

1° Elle permet de détacher, séance tenante, des portions plus ou moins considérables du corps, alors même qu'elles sont revêtues de leur enveloppe naturelle muqueuse ou cutanée (exemples : langue, testicules, bourrelets hémorrhoïdaux, polypes, col de l'utérus, tumeurs sous-cutanées ou profondes.)

2° Généralement elle donne lieu à un travail inflammatoire moindre que celui qui succède à l'emploi du bistouri ; d'où une cicatrisation, en général aussi, plus rapide.

3° Si elle ne prévient pas l'hémorrhagie dans tous les cas, du moins elle rend cet accident sensiblement plus rare.

4° Sans mettre à l'abri de l'infection purulente, ce redoutable écueil des opérations chirurgicales, elle paraît en diminuer la fréquence.

5° En somme, la méthode de l'écrasement linéaire, *restreinte aux cas auxquels son emploi convient*, donne des résultats cliniques d'une valeur réelle.

Aussi la commission propose-t-elle de décerner à son auteur un prix de *deux mille cinq cents francs*.

Parmi les divers mémoires que M. le docteur Debout a adressés à l'Académie, votre commission en a remarqué un qui a pour titre : *Des vices de conformation produits par l'arrêt de développement des membres*.

Ces vices de conformation offrent différents degrés, depuis l'avortement d'un seul doigt jusqu'à celui d'un membre tout entier ou même de plusieurs d'entre eux. Dans son *Histoire des anomalies de l'organisation*, notre illustre et regretté confrère Isid. Geoffroy Saint-Hilaire s'était appliqué à rassembler tous les exemples alors connus de ces sortes d'anomalies, rapportées par lui à trois groupes qu'il désigne sous les noms de : *phocomélie*, *hémimélie*, *ectromélie*. M. Debout a complété cette classification en y introduisant l'avortement borné au segment terminal des membres, c'est-à-dire au pied ou à la main, « modification ou anomalie qui ne m'est encore connue, dit M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, par aucune observation authentique. »

Or, dans son travail, M. Debout rapporte d'abord dix-sept exemples de cette anomalie affectant un seul des membres ; puis, de plus, il met en relief un fait nouveau. Quoique les membres apparaissent à peu près à la même époque de la vie embryonnaire, l'arrêt de leur développement ne se fait point sentir sur le même segment : ainsi, au membre inférieur c'est le segment crural qui avorte, tandis que c'est toujours l'avant-bras au membre supérieur. Une autre particularité non moins curieuse est encore signalée par l'auteur : tous les muscles de ce membre supérieur *avorté* appartiennent à l'avant-bras, quoique le squelette soit constitué par l'humérus.

Après avoir mis en évidence ces faits intéressants au point de vue tératologique, M. Debout s'occupe du mode d'union du fémur avorté avec le bassin, mode d'union qui supplée l'articulation coxo-fémorale absente. Puis, rassemblant les observations de neuf individus vivants et affectés de phocomélie pelvienne unique, il montre les différentes ressources dont la prothèse dispose pour rétablir la fonction des membres abdominaux ainsi conformés.

Votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Debout une mention honorable de *quinze cents francs*.

M. le docteur Gallois a soumis au jugement de la commission un mémoire digne d'intérêt sur l'*inosurie*, c'est-à-dire sur le passage de l'inosite dans l'urine.

Ce principe (que M. Schérer a découvert d'abord dans les muscles, et que sa composition chimique a fait classer parmi les sucres) peut, en effet, passer accidentellement dans l'urine d'individus atteints de glycosurie ou bien d'albuminurie, ainsi que l'a reconnu le premier M. Cloetta, professeur à l'Université de Zurich.

Partant de cette première donnée, M. Gallois a entrepris de longues et persévérantes recherches dans le but de reconnaître si l'*inosurie* constitue un état morbide spécial et défini, ou bien si elle n'est qu'un symptôme commun à plusieurs affections. De plus, il s'est appliqué à découvrir un réactif capable de déceler de faibles proportions d'inosite dans une petite quantité d'urine.

Sous ce double rapport, les efforts de ce laborieux investigateur ont été profitables à la science.

Voici les principales conclusions auxquelles il est arrivé :

Dans l'état normal, l'urine de l'homme ne renferme point d'inosite ; il en est de même de l'urine d'un certain nombre de carnivores qui a été examinée à ce point de vue. Dans l'état morbide, l'*inosurie* s'observe, non comme une maladie proprement dite, mais seulement comme un symptôme. Ce symptôme, recherché par M. Gallois dans un assez grand nombre de maladies, n'a pu être retrouvé que dans le diabète sucré et dans la néphrite albumineuse aiguë ou chronique. L'inosurie et la glycosurie, ou bien l'inosurie et l'albuminurie, peuvent donc exister simultanément : en effet, si dans quarante urines, rendues par des sujets atteints de maladies diverses, l'inosite n'a jamais été trouvée, au contraire elle a été rencontrée cinq fois sur trente urines diabétiques, et deux fois sur vingt-cinq urines albumineuses, résultat qui déjà indique, d'après la remarque de l'auteur, une relation entre les conditions qui donnent lieu à certains diabètes, à certains cas d'albuminurie, et les conditions qui provoquent le passage de l'inosite dans l'urine. Ce qui autorise encore à croire qu'il en est ainsi, c'est qu'on peut, comme l'a vu M. Gallois, en piquant le plancher du quatrième ventricule, déterminer parfois artificiellement l'inosurie, comme on détermine artificiellement la glycosurie.

Enfin, après de nombreux tâtonnements, M. Gallois est parvenu à découvrir un réactif très-sensible qui permet de reconnaître dans de petites quantités d'urine (15 grammes, par exemple) l'existence de minimes proportions d'inosite : ce réactif est un azotate de mercure donnant lieu à une coloration rose plus ou moins foncée suivant la proportion d'inosite. L'auteur s'est d'ailleurs assuré qu'aucun des principes qui se trouvent naturellement dans l'urine n'est susceptible de produire cette coloration avec le réactif indiqué.

La commission propose d'accorder à M. Gallois une mention honorable de *quinze cents francs*.

Elle propose également à l'Académie d'accorder la même marque de distinction (mention honorable de *quinze cents francs*) à M. Bourdon, pour avoir trouvé la véritable lésion anatomique de l'*ataxie locomotrice progressive*, lésion qui consiste essentiellement en une dégénérescence, avec atrophie, des tubes nerveux des racines spinales postérieures et des cordons postérieurs de la moelle épinière, et en une altération analogue des cellules nerveuses de la

substance grise. Cette dégénérescence, qui se retrouve dans les nerfs moteurs oculaires, dans le nerf optique et le plus souvent dans sa papille, s'accompagne d'une hypérémie plus ou moins considérable des mêmes parties, s'étendant ordinairement aux bandelettes optiques et aux tubercules quadrijumeaux.

Depuis la publication du premier travail de M. Bourdon, sept autopsies ont été faites dans les hôpitaux de Paris, et dans toutes on a rencontré les mêmes altérations.

Cependant M. le docteur Bourdon admet, d'après des faits observés, qu'une lésion d'une autre nature (comme une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse, même une simple congestion), lorsqu'elle occupe les racines postérieures et les cordons médullaires correspondants, peut produire un défaut de coordination dans les mouvements. Il ne s'agit plus alors de l'*entité morbide* décrite par M. Duchenne (de Boulogne), ayant une symptomatologie tout à fait caractéristique, une marche particulière, une durée en général fort longue et une terminaison fatale; ce désordre du mouvement est simplement un *symptôme*, comme l'anesthésie, la contracture ou la paralysie.

M. Bourdon va plus loin : il admet que l'ataxie locomotrice peut aussi exister sans lésion matérielle appréciable.

Dans la partie clinique de son travail, il explique ce qu'on doit entendre par *ataxie locomotrice* et fait connaître les caractères propres à différencier ce phénomène morbide des autres troubles de la myotilité qu'on observe notamment dans les affections du cervelet, dans la chorée et dans les divers tremblements.

M. Bourdon a ainsi avancé nos connaissances sur la séméiologie des maladies du système nerveux, maladies qui, longtemps encore, offriront un vaste champ aux investigations des médecins.

M. Cahen a présenté au concours une monographie remarquable intitulée : *Des névroses vaso-motrices et de leur traitement.*

La plupart des idées qui y sont exprimées sont neuves et déduites à la fois de l'observation attentive de faits pathologiques et des découvertes récentes de la physiologie. M. Cahen ne s'est pas borné à donner une interprétation nouvelle de phénomènes généralement connus; mais il a, un des premiers, introduit les nerfs vaso-moteurs dans le domaine de la pathologie. Après avoir démontré l'existence des névroses vaso-motrices, il les étudie dans différentes parties de l'économie; il appelle l'attention sur les rapports de sympathie qui s'établissent entre les nerfs vaso-moteurs et les nerfs de sensibilité générale ; puis il termine en indiquant un traitement dont l'efficacité, dans des maladies en apparence si diverses, tend à sanctionner son opinion sur l'unité de nature de ces maladies.

De tout temps on avait observé que les névralgies peuvent être accompagnées de rougeur et de gonflement; mais on considérait ces symptômes comme accessoires, ou bien on les attribuait à l'intensité de la douleur. M. Cahen a établi que ces phénomènes congestifs existent dans des névralgies peu douloureuses, et qu'ils peuvent manquer dans les névralgies qui s'accompagnent des plus violentes douleurs. Il démontre que le système circulatoire éprouve localement, dans ces congestions, une dilatation, une turgescence réelle, et admet que ces effets sont sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs. Il donne pour exemples : l'injection de l'œil qui accompagne les névralgies de la branche ophthalmique du trijumeau ; le gonflement des gencives et d'une portion de la face dans les névralgies de la branche maxillaire supérieure, etc.

Les névroses vaso-motrices peuvent déterminer des congestions sans névralgie, et ces congestions, que l'on confond généralement, à tort, avec les inflammations, produisent, dans certains cas, des hypersécrétions ou des hémorrhagies (exemples : larmoiement, salivation, leucorrhée, métrorrhagie, etc.).

Les névralgies des nerfs périphériques du système cérébro-spinal peuvent se propager aux filets du grand sympathique avec lesquels ils ont d'ailleurs des rapports anatomiques, et causer ainsi indirectement des congestions dans les organes : par exemple, à la névralgie des nerfs ilio-lombaires, l'auteur a vu succéder des congestions de l'utérus, ou bien des congestions douloureuses du testicule.

L'acide arsénieux paraît être l'agent le plus efficace dans le traitement des névroses vaso-motrices.

Telles sont les principales conclusions do l'estimable travail de M. Cahen. Basées sur des faits bien observés, elles apportent une confirmation pathologique à une notion importante de physiologie, et, en constituant une *unité morbide* de symptômes épars, elles pourront contribuer au progrès de l'art de guérir.

La commission propose d'accorder à M. Cahen une mention honorable de *quinze cents francs*.

Indépendamment des précédents travaux, auxquels elle est d'avis de décerner un prix ou des mentions, la Commission croit devoir citer plusieurs autres travaux qui lui ont paru dignes, à plus d'un titre, de l'attention de l'Académie. Tels sont : 1° des Recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet, par MM. Leven et Ollivier ; 2° un Traité de l'érysipèle, par M. Armand Desprès ; 3° l'Exposé d'un moyen nouveau et très-simple de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures, par M. Morel-Lavallée ; 4° enfin un Mémoire sur les maladies virulentes comparées chez l'homme et les animaux, par M. Michel Péter.

Nous regrettons que l'espace nous permette seulement de publier la liste des autres récompenses décernées pour les travaux relatifs aux sciences médicales.

Le prix de physiologie expérimentale a été remporté par M. Armand Moreau. Un autre prix a été donné à MM. Philippeau et Vulpian. Le prix Barbier a été partagé entre MM. Jules Lépine et Vieillard. Le prix Bréant n'a pas été décerné.

---

Dans sa séance du 21 décembre, l'Académie des sciences a élu M. Laurence, le Nestor des chirurgiens anglais, membre correspondant étranger, en remplacement de sir Benj. Brodie, décédé.

---

L'Académie de médecine a renouvelé son bureau pour l'année 1864. Ont été élus : *président*, M. Grisolle ; *vice-président*, M. Malgaigne ; *secrétaire annuel*, M. Béclard.

---

Par décret du 20 décembre, M. Pajot est nommé professeur de la chaire d'accouchement à la Faculté de médecine.

---

Par arrêté du 17 décembre, M. Mabit, professeur de pathologie interne à l'Ecole de Bordeaux, est nommé professeur de clinique à la même Ecole (2e chaire, emploi nouveau).

---

M. le docteur Denoyer, médecin aide-major au corps expéditionnaire du Mexique, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

---

*Pour les articles non signés.* E. DEBOUT

# TABLE DES MATIÈRES

## DU SOIXANTE-CINQUIÈME VOLUME.

D



E

F



G



H

T



U



V

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-CINQUIÈME.




PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.